

紹 介 状

◇紹介者様

動物病院名： _____ ご担当獣医師： _____

ご住所： _____

電話番号： _____ FAX/メール： _____

◇飼い主様

お名前： _____ ペット名： _____

品種： _____ 年齢： _____ 才 性別：オス メス 避妊 去勢

ご住所： _____

電話番号： _____

現病歴・経過 _____

使用した薬剤 _____

その他病歴 _____

◇紹介の目的

1、検査のみ _____ 2、検査と初期治療（後治療はご自身でする。） _____

3、総て任せたい。 _____ 4、その他 _____

その他のご要望： _____

※ご来院の前に、ご予約のお電話をお願いします。



はら動物病院
北九州市小倉南区沼本町3-3-11
TEL 093-473-6565
FAX 093-473-6759