

# 紹介状

## 1. 病院情報

病院名：

電話番号：

担当医師のお名前：

## 2. 飼い主様情報

氏名：

住所：

電話番号：

## 3. 患者情報

名前：

犬種：

性別： ♂ ・ ♀ （去勢 ・ 避妊）

生年月日： 年 月 日 歳

狂犬病接種：最終 年 月 日

体重： Kg

混合ワクチン接種：最終 年 月 日  
種混合

フィラリア： 有 ・ 無

## 4. 疾患の診断名

## 5. 発症時期・原因

## 6. 治療内容

## 7. 既往歴・その他の疾患

## 8. 服用中のお薬

## 9. リハビリ時の注意事項