紹介状

〒721-0942 広島県福山市引野町５–12–5
動物医療センター・ALOHA
TEL: 084-983-0232 FAX:084-983-0236
メールアドレス：asoahp2@gmail.com

ご依頼日：　　年　　月　　日
病院名：　　担当医名：　　先生
飼い主名：
動物の種類：　犬　・　猫　　品種：　　名前：
性別（避妊去勢の有無）：　　生年月日（年齢）：
○現在の症状：

○これまでの経過・治療内容・投薬歴：

○ご依頼内容：（内容をお書きください。ご希望の検査で該当する場合はチェックもお願いいたします。）

□CT検査　□内視鏡検査　□超音波検査（腹部・心臓）　□歯科処置
□膀胱鏡検査　□鼻腔鏡検査　□腹腔鏡下生検（肝臓・腎臓・その他（　　））
□気管支鏡検査
□透析　□ステント（気管・尿道・尿管）
□血液検査（　　）□リハビリ
□専門診療　気管プロテーゼ（末松先生）　TPLO（是枝先生）　腫瘍内科（原田先生）
皮膚科（関口先生）　歯科（樋口先生）

○ご希望日・曜日：
第１希望）　第２希望）　第３希望）

○日程相談の連絡：
・主治医の先生からはFAX送付後、お電話でのご連絡をお願いいたします。
・お電話でのご連絡は、直接飼い主様からでも大丈夫です。
※これまでの経過のレントゲン、血液検査などございましたら、FAXまたはメールにてお送りください。

※日程に関しましては、他の検査や手術の予定によってはご希望に添えない場合がございます。緊急、お急ぎの場合はお電話でご相談ください。