

眼科診療紹介状

診療日予約 TEL:0467-42-7775
紹介状送信 FAX:0467-42-7776

診察予約日時

1. 貴病院情報

病院名 郵便番号・住所 電話/FAX 番号	
担当医名/緊急連絡先	緊急時;
* E-mail (必須・報告書用)	

2. 患者情報

飼い主名		電話番号	
動物名	動物種	犬・猫	品種
性別	雄・雌・去勢・避妊	年齢	歳 カ月

3. 症例情報

主訴		
疑われる疾患名		
既往歴		
性格、注意点		
現病歴および現疾患に関する内容		
年月日	症状	検査内容・結果および治療歴
現在の処方		

* 初診の患者様は湘南鎌倉動物病院での受付となります。(住所:鎌倉市岩瀬1048-1)

電話で予約確定後、前日までにその他資料(これまでの血液検査結果等)と併せてお送り下さい。

湘南鎌倉動物病院 動物眼科センター / 鎌倉山動物病院