

紹介状（当院受付用）

To

東京ウエスト動物病院

〒187-0043 東京都小平市学園東町 29-43

20 年 月 日

飼主名： _____

住所：〒 _____

TEL： _____

紹介元病院名： _____

獣医師名： _____

TEL： _____ FAX： _____

ペット名： _____

品種： _____

誕生日： 20 年 月 日（ 歳）

性別： _____ 体重： _____

ご紹介の目的： 検査・診断 治療方針 治療 手術 2nd オピニオン その他

本病歴： _____

副病歴： _____

病状・治療などの経過： _____

その他： _____

※ 必要がある場合には、別紙に記載しています。

The Active Care（予防医療）を大切にしています・・・東京ウエスト動物病院