※二次診療を必要とする飼い主様をご紹介いただける場合は、こちらをご送付ください。

紹介日：　　年　　月　　日

FAX 番号：0256-87-3210
にいがたペット行動クリニック　　白井春佳
〒953-0022　新潟市西蒲区仁箇 578-1
TEL：0256-87-3260　090-7838-9549
メール：haru.goma@cpost.plala.or.jp

＜紹介状＞

＜飼い主様情報＞

飼い主様氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
現住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
ペット名＿＿＿＿＿＿＿＿
品種＿＿＿＿＿＿＿＿
性別　♂　・　♀
生年月日　　年　　月　　日（　　才）

＜処置情報・検査情報＞　　検査日：　　年　　月　　日

実施済み検査事項
□血液検査　□X線検査　□超音波検査　□その他（　　）

●異常所見：

●症状及び経過：

●血液検査：
※別紙添付でも結構です。

※脳疾患等との鑑別が必要な場合も多くございます。情報については可能な限り記載して頂ければ幸いです。

＜貴院情報＞
病院名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
病院住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
担当医名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
FAX：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
メールアドレス：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿