

※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

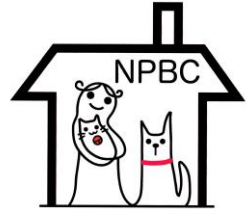
**FAX 番号：0256-87-3210**

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

メール：info@n-pbc.com



## <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： \_\_\_\_\_