

紹介状

年 月 日

あきたこまつ動物病院 FAX : 018-893-3866

貴院名 _____

住所 〒 _____

FAX 番号 _____ 電話番号 _____

飼主様情報

飼主氏名:		動物名:
住所: 〒		電話番号:
動物種:	品種:	生年月日: 西暦 年 月 日
性別:	体重	毛色
治療経過:		
希望内容	<input type="checkbox"/> 診察・一般検査等 <input type="checkbox"/> 治療・手術 <input type="checkbox"/> CT 検査のみ <input type="checkbox"/> CT 検査および治療・手術	

全身麻酔下にて行う検査、治療の場合、前日 22 時以降は絶食（飲水は可）のご説明をお願い致します。また当院で飼主様に同意書のご確認、署名、捺印をいただく為、ご印鑑のご持参のご説明をお願い致します。

トラブル回避のため基本的に飼主様ご自身でお連れ頂けるようお願い致します。
レントゲン、超音波検査画像がある場合は下記のメールアドレスにお送り下さい。

あきたこまつ動物病院 秋田動物 CT センター

〒010-0854 秋田市手形山崎町 7-11

TEL/FAX : 018-893-3866 E-mail : akitakomatsu@gmail.com