



紹介状

年 月 日

アイ動物医療センター
アニマルリハビリ&フィットネスセンター
殿

紹介元動物病院
所在地
TEL/FAX
担当獣医師

飼い主名		ペット名	
電話番号	携帯電話：	自宅：	
住所	〒		
品種		生年月日	年 月 日(才)
性別	オス(未去勢/去勢済)・メス(未避妊/避妊済)		
紹介目的	<input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> フィットネス <input type="checkbox"/> 義士装具・車椅子作製 <input type="checkbox"/> その他()		
依頼内容	<input type="checkbox"/> 歩行練習 <input type="checkbox"/> 筋力強化 <input type="checkbox"/> 水治療法 <input type="checkbox"/> 体力維持 <input type="checkbox"/> 褥瘡予防 <input type="checkbox"/> 疼痛緩和 <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> レーザー <input type="checkbox"/> その他()		
病名 (主訴)			
現病歴 治療経過 検査所見			
既往歴			
現在の処方			
持参資料	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他()		