**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 | □リハビリテーション　□フィットネス　□義士装具・車椅子作製□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 依頼内容 | □歩行練習　□筋力強化　□水治療法　□体力維持　□褥瘡予防　□疼痛緩和　□減量　□レーザー　□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 | □X線　□超音波　□心電図　□検査記録　□血液検査　□その他（　　　　　　　） |