



ライフメイト

動物 高度医療
救命救急

センター 八王子 診療申込書

VETERINARY REFERRAL MEDICAL CENTER
VETERINARY CRITICAL CARE & EMERGENCY CENTER

送付状は必要ありません◇ご記入後そのままFAX

FAX 042-670-1278**ゴム印・横判子を押してFAXしてください**

病院名	
電話番号	
FAX番号	
住所	

紹介症例への対応に関し、ご希望を記入してください

受入希望日	①即日(月 日 時頃) ②指定(月 日 時頃) ③予約済
対応の希望	①検査・治療を希望 ②検査のみ希望
	③飼い主希望を最優先 ④その他()

紹介症例情報

飼主名	様	住所			
動物名	ちゃん	電話番号			
動物種	犬・猫・()	品種		生年月日	年 月 日
性別	雄・雌・去勢・避妊	既往症			
疑われる疾患				体重	kg
治療経過	貴院初診日	年 月 日	発症日	年 月 日 時頃	
年月日	内容				
年 月 日					