



[病院様情報・患者様情報]

病院名：

担当獣医師：

飼主名：

動物名：

・主訴、症状、現病歴

・検査所見と治療経過

・処方歴、現在使用中の薬剤

・既往歴、その他

必要事項をご記入いただき、下記 FAX あるいは E-mail アドレスにお送りください

[多摩中央どうぶつ病院] FAX：042-519-7810 E-mail：tamachuo-ah@star.ocn.ne.jp