



紹介状

貴院の情報	紹介病院名	担当獣医師：		
	病院住所	〒(—)		
	病院電話番号	FAX番号	()	—
	メールアドレス	@		

飼い主様の情報	飼い主様のお名前	フリガナ： _____		
	飼い主様の住所	〒(—)		
	電話番号	(自宅)	(携帯電話)	
	動物の名前	動物種・カルテ番号	(可能であれば)	

■ 診察に関して

貴院からのご紹介 飼い主様希望のご紹介

■ 予防関係について

狂犬病ワクチン	最終接種日	接種頻度	毎年 その他
混合ワクチン	種類	最終接種日	接種頻度 毎年 抗体検査 その他
猫ウイルス検査	検査日		
フィラリア	毎年 その他	薬の名前	
ノミダニ	毎年 その他	薬の名前	

●既往歴（貴院にてわかる範囲で構いません）

●現病歴（進行中の治療、内服中の薬など）

その他

■ 報告書の送付について

・初診後には報告書をお送りいたしますので、ご希望形態をお選びください メール ファクス

●再診時の報告書のご要望について下記よりお選びください

- 再診の報告書は不要 再診の都度、報告書が欲しい 病状や処方が変わったとき、報告書が欲しい



AKO HOLISTIC VET CARE

獣医師さま向け 個人情報に関する同意書

年 月 日

株式会社 AKO HOLISTIC VET CARE 殿

動物病院名

住所

獣医師名

私は、当動物病院（もしくはクリニック）の下記利用者が
AKO HOLISTIC VET CARE にてホリスティック治療を受けるため、

当病院の

（飼い主さま名をお書きください）

利用者 _____ と

（ペット名をお書きください）

そのペット _____

の情報を AKO HOLISTIC VET CARE に提供することに同意いたします。