FAX：072-972-2100

**診療情報提供書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

みのり動物病院　行き

病院名・担当獣医師様氏名（フリガナ）：

TEL/FAX：

Mail：

飼い主様氏名（フリガナ）：

ペット名：

漢方治療希望の理由（飼い主様がご希望、西洋薬の副作用予防など）：

病名・主症状：

現在の治療薬剤名（ｽﾃﾛｲﾄﾞ剤や免疫抑制剤は薬用量記入もお願いします）：

※病歴・治療経過は飼い主様から問診します。ご記入いただける場合は別紙でお願いします。

※検査データはHPトップページ右上の検査送信に添付あるいはFAX：072-972-2100をお願いいたします（飼い主様からでも大丈夫です）。