

病院名：

担当獣医師：

ご住所：〒

TEL：

FAX：

E-mail：

■ 患者様について

飼主名：

動物名：

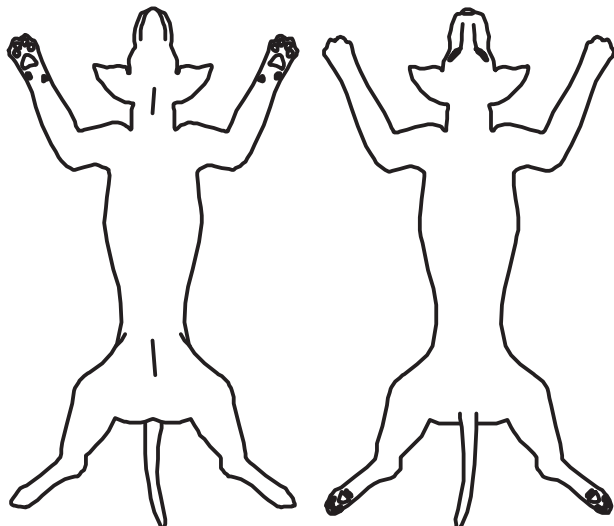
動物種：☐ 犬 ☐ 猫 ☐ その他（ ） 品種：

年 齢： 歳 生年月日： 年 月 日生

性 別：☐ 雄 ☐ 雌 （最近の発情： 発情周期： 偽妊娠：☐ 有り ☐ 無し）

☐ 去勢・避妊手術 年 月 日

■ 病歴および現症



■ 生検採取部位

1.

2.

3.

4.

5.