

合計 枚

苅谷動物病院 輸血紹介状

市川総合病院 TEL: 047-329-5588 FAX: 047-329-5587

江東総合病院 TEL: 03-5617-7555 FAX: 03-5617-7550

足立総合病院 TEL: 03-3858-8150 FAX: 03-3858-8157

三ツ目通り病院 TEL: 03-3631-1190 FAX: 03-3631-1099

葛西橋通り病院 TEL: 03-3686-8070 FAX: 03-3686-8843

希望血液製剤	犬: RCMAP・FFP 猫: SWB	血液型	()・未実施
輸血歴	あり (回 最終 年 月 日) ・ なし		

1. 貴病院情報

病院名 住所 TEL/FAX			
担当医名		緊急連絡先:	

2. 患者情報

飼主名			電話番号		
動物名	動物種	犬・猫	性別	雄・雌・去勢・避妊	
品種・体重	/ kg		年齢	歳	ヵ月

3. 症例情報

疑われる疾患名					
紹介理由					
既往歴					
予防歴	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン <input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン <input type="checkbox"/> フィラリア予防 <input type="checkbox"/> ノミ・マダニ予防	(種/最終 (最終 (薬剤名: (薬剤名:	年 月 日) 年 月 日)))		

血液検査結果など詳細な資料がございましたら、別紙にてお送り下さい。

現在の治療と投薬量