

年 月 日

## 輸血紹介状

飼主氏名	様		連絡先	
患者情報	名前		種類	犬 / 猫
	性別	雄 / 雌 / 去勢 / 避妊	品種	
	年齢	歳 ヶ月	体重	kg
	血液型	・ (未実施)	輸血歴	なし / あり ( 回)

診断名
紹介目的 輸血のみ希望 / 輸血とその後の治療
既往歴
現在までの症状および検査結果、治療経過
現在の処方

紹介元病院名

電話番号

ファックス番号

担当獣医師名

---

---

---

---