

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
