

輸血紹介状

飼主名	様			電話番号	
動物名		動物種	犬・猫	性別	オス・メス・去勢・避妊
年齢	歳	ヵ月	品種	体重	kg
血液型	・ (未実施)			輸血歴	なし/あり (回)

疑われる疾患	
紹介目的	輸血のみ希望/輸血とその後の治療も希望
既往歴	
予防歴	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン (種/最終接種 年 月 日) <input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン (最終接種 年 月 日) <input type="checkbox"/> フィラリア予防 <input type="checkbox"/> ノミ・マダニ予防
<p>現在までの治療経過、投薬内容 ※血液検査結果など検査結果がありましたら持参ください</p>	

紹介元病院名 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

担当獣医師名 _____