

輸血外来依頼書

依頼日 _____ 年 月 日

貴院情報

病院名		担当獣医師	
所在地			
電話番号		F A X	
E-mail			

オーナー様と動物情報

飼い主氏名		電話番号	
動物名		動物種・品種	
性別	♂・♀・去勢♂・避妊♀	体重	Kg
(♀の場合)交配・出産経験	あり・なし	生年月日	年 月 日

依頼内容

予約日	月 日 :
依頼目的	1.輸血のみ 2.輸血およびその後の治療 3.診断を含めた治療
希望輸血量	ml
既往歴	
臨床経過 および治療	
希望報告方法	<input type="checkbox"/> 輸血記録のみでよい <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail
その他 特筆事項	

〒599-8231大阪府堺市中区学園町2-6
院長 小山崇裕

ダクタリ動物病院関西医療センター

TEL 072-239-1120

FAX 072-239-3001

E-mail dakutari_madoguchi@aeonpet.ne.jp