

紹 介 状



酪農学園大学附属

動物医療センター



FAX : 011-386-0880

診療科		予約日時	
-----	--	------	--

紹介目的（※必須）	<input type="checkbox"/> 診断・治療どちらも希望	<input type="checkbox"/> 診断・検査のみ希望	※ 貴院での治療をご希望の場合はこちらにチェックをお願いします
-----------	--------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

飼い主様情報	飼主様氏名		ペット名	
	現住所	〒	動物種	<input type="checkbox"/> 犬 ・ <input type="checkbox"/> 猫
			品 種	
			性 別	<input type="checkbox"/> ♂ ・ <input type="checkbox"/> ♀
	自宅電話	— —	年 齢	歳 ヶ月齢
携帯電話	— —	体 重	kg	

病歴・検査所見・投薬歴（使用薬剤、用量、用法）など

持参データ	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他
-------	--

※ 血液検査については、別紙で添付願います。

貴院情報	病院名	
	病院住所	〒
	担当医名	
	電 話	
	F A X	
	緊急連絡先	
	メールアドレス	

血液検査結果

名前

項目	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
WBC (/μl)						
RBC (×10 ⁴ /μl)						
HGB (g/dl)						
HCT (%)						
MCV (fl)						
MCH (pg)						
MCHC (g/dl)						
PLT (×10 ⁴ /μl)						
TP (g/dl)						
Alb (g/dl)						
T-Bil (mg/dl)						
AST/GOT (IU/l)						
ALT/GPT (IU/l)						
ALP (IU/l)						
GGT (IU/l)						
LIPA (IU/l)						
BUN (mg/dl)						
Cre (mg/dl)						
Tchol (mg/dl)						
TG (mg/dl)						
Na (mEq/l)						
Cl (mEq/l)						
K (mEq/l)						
Ca (mg/dl)						
P (mg/dl)						
GLU (mg/dl)						
CRP (mg/dL)						
SAA (μg/mL)						

