

大橋先生治療アドバイス依頼書						依頼日	年	月	日	
動物病院名			担当		FAX					
診断名				E-mail						
ペット名			犬	猫	品種	性		オス	C	
年齢		体重	kg	体重変動	特記		メス	S		
検査結果		細胞診	病理	他	疾病治療歴					
手術・検査 所見										
実施日										
血液検査		月					担当医からのコメント・各検査全般での特記事項			
項目	単位	:	:	:	:	:				
PCV	%									
RBC	万/ul									
Hb	g/dl									
WBC	個/ul									
Plate	万/ul									
NH3	ug/dl									
ALT	u/L									
AST	u/L									
ALB	g/dl									
TP	g/dl									
ALP	u/L									
TbiL	mg/dl									
GLU	mg/dl									
BUN	mg/dl									
CRE	mg/dl									
P	mg/dl									
Ca ⁺⁺	mEq/l									
CRP	mg/dl									
大橋先生からの治療アドバイス										