

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 メス S
年齢	体重		kg	体重変動	特記			
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								