

検査依頼日 20 年 月 日

病院コード：

オーナー名(カタカナ)	
ペット名(カタカナ)	

病院名：

電話番号：

担当医：

動物種	犬・猫・その他( )	品種	
-----	------------	----	--

年齢	歳 ヶ月	性別	♂・♂ <sup>今回去勢</sup> ・♀・♀ <sup>今回避妊</sup>
※上下いずれかをご記入ください		検査結果報告方法	ファックス・郵送・WEBのみ
生年月日	年 月 日		

電子メールによる受付・報告のお知らせ  希望する

※WEBのみご選択の場合、FAX及び郵送による報告は選択できません

↓ 依頼する検査項目  にチェックをしてください [ 病理組織検査は一つだけ選択 ] [ 死亡例は病理 AP になります ]

<input checked="" type="checkbox"/> 病理組織検査	<input type="checkbox"/> 病理S (スタンダード)	<input type="checkbox"/> 病理E (エクストラ)
	<input type="checkbox"/> 病理AP (剖検材料)	<input type="checkbox"/> 病理H (HE 染色標本送付) ( 枚)
<input checked="" type="checkbox"/> 細胞診検査	<input type="checkbox"/> 細胞診検査 ( 枚) (細胞診のスライド返却 要・不要)	
<input checked="" type="checkbox"/> 病理遺伝子検査	<input type="checkbox"/> リンパ球コロナリティ検査 (犬)	<input type="checkbox"/> 肥満細胞腫 c-kit 遺伝子変異検査 (犬・猫)

カルテ番号 \_\_\_\_\_ 過去の病理検査 無・有 (過去の受付番号 \_\_\_\_\_)

採取臓器名 \_\_\_\_\_ 送付容器 \_\_\_\_\_ 個 送付組織 \_\_\_\_\_ 個  
容器に入っている組織数を記入してください

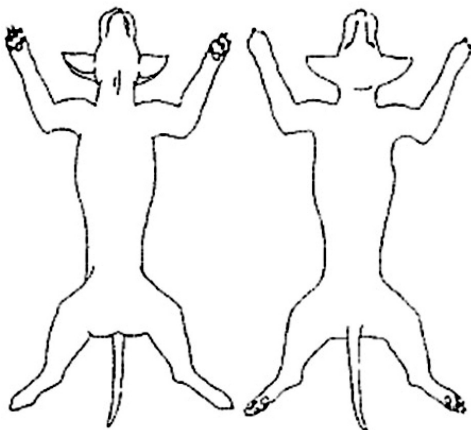
検体採取日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 T N M 分類 T \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

検査材料の種別 ↓どちらかに○を付けカッコ内を記入してください

生検 (送付材料は病変の 全体・一部) \_\_\_\_\_ 剖検 (死後、剖検までの時間 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分)

添付資料 無・有 (写真 \_\_\_\_\_ 枚、スライド \_\_\_\_\_ 枚、その他 \_\_\_\_\_)

臨床経過・治療歴・臨床診断・病変分布など (なるべく、詳しく記載してください)



腹側

背側

↓希望されるものに✓印をつけてください

●病理S (スタンダード)、細胞診検査

WEBへの画像添付 不要

●全コース共通 有料オプション

HE 染色標本  顕微鏡写真A  顕微鏡写真B

MLT 使用欄 Z0 B ZN/ DK/ SK/	備考
--------------------------------	----