

検査依頼日 20 年 月 日

カルテ番号		病院コード：	
オーナー名(カタカナ)		病院名：	
ペット名(カタカナ)		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 生年月日(西暦)		検査結果報告方法	WEB・メール・FAX・郵送

↓ 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 type="checkbox"/> 病理組織検査	<input type="checkbox"/> 病理S (スタンダード)(※画像添付希望 □)	<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 type="checkbox"/> 細胞診検査	<input type="checkbox"/> 細胞診検査 ( 枚)(※画像添付希望 □)(スライド返却希望 □)	
<input type="checkbox"/> 病理遺伝子検査	<input type="checkbox"/> リンパ球クロナリティ検査 (犬)	<input type="checkbox"/> 肥満細胞腫 c-kit 遺伝子変異検査 (犬・猫)

過去の病理検査 無・有(過去の受付番号) ※画像添付無しの場合は割引(病理S・細胞診検査のみ)

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

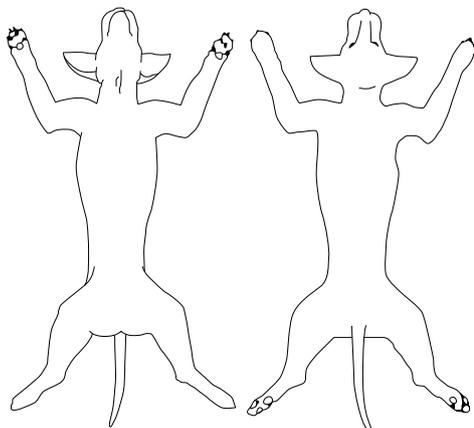
検体採取日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 TNM分類 T \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

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

●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/	検体送付先 (株)エム・エル・ティー 大阪ラボ 〒563-0011 大阪府池田市伏尾町 103 TEL 072-753-0335	備考
--------------------------------	---	----

検査依頼日 20 年 月 日

カルテ番号		病院コード	:	
オーナー名(カタカナ)		病院名	:	
ペット名(カタカナ)		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	WEB・メール・FAX・郵送	
生年月日(西暦)	年 月 日			

↓ 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 type="checkbox"/> 病理組織検査	<input type="checkbox"/> 病理S (スタンダード)(※画像添付希望 □)	<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 type="checkbox"/> 細胞診検査	<input type="checkbox"/> 細胞診検査 ( 枚)(※画像添付希望 □)(スライド返却希望 □)	
<input type="checkbox"/> 病理遺伝子検査	<input type="checkbox"/> リンパ球クロナリティ検査 (犬)	<input type="checkbox"/> 肥満細胞腫 c-kit 遺伝子変異検査 (犬・猫)

過去の病理検査 無・有(過去の受付番号 ) ※画像添付無しの場合は割引(病理S・細胞診検査のみ)

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

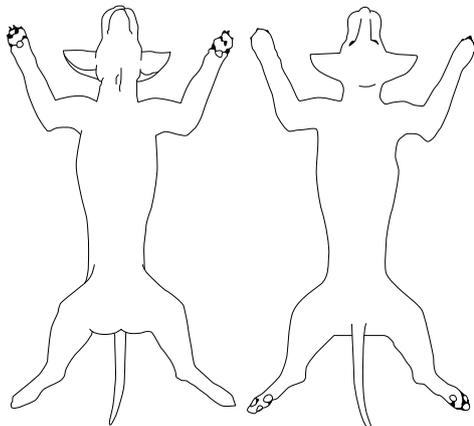
検体採取日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ TNM分類 T \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

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

- 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		備考
ZO B		
ZN/ DK/ SK/		