

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	♂・♀・ [♀] ・ [♂] ・♀・ [♂]
※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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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

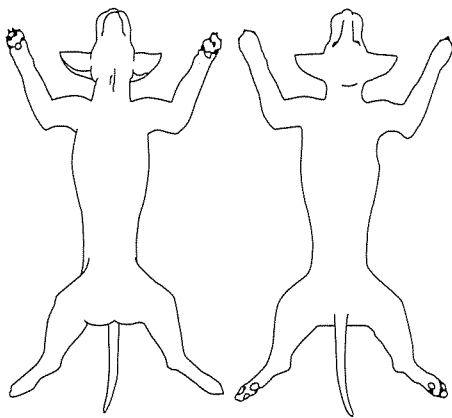
検体採取日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 TNM分類 T _____ N _____ M _____

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
Z0 B ZN/ DK/ SK/	