

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)		病院名	
ペット名(カタ)		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 <sub>有料</sub>
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"/> <b>病理組織検査</b> <input type="checkbox"/> 病理S (スタンダード)(※画像添付希望 □) <input type="checkbox"/> 病理AP (剖検材料)	<input type="checkbox"/> 病理E (エクストラ) <input type="checkbox"/> 病理H (HE 染色標本送付) ( 枚)
<input checked="" type="checkbox"/> <b>細胞診検査</b> <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"/> <b>病理遺伝子検査</b> <input type="checkbox"/> 犬リンパ球コロナリティ検査 <input type="checkbox"/> 猫クローナリティー解析 (ケーナインラボ外注検査)	<input type="checkbox"/> 肥満細胞腫c-kit遺伝子変異検査 (犬・猫) <input type="checkbox"/> BRAF遺伝子変異検査 (ケーナインラボ外注検査)

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

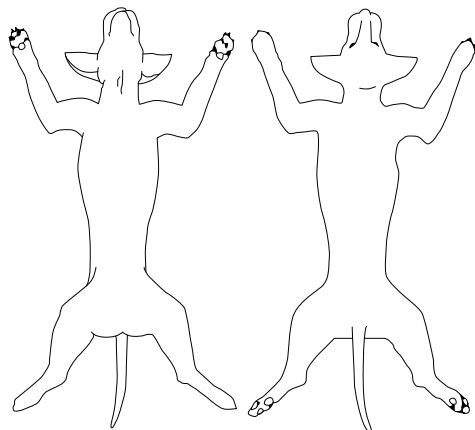
検体採取日 年 月 日 TNM分類 T N M

検査材料の種類別 ↓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  顕微鏡写真C

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 <sub>有料</sub>
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AP (剖検材料)	<input type="checkbox"/> 病理E (エクストラ) <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"/> 犬リンパ球クロナリティ検査 <input type="checkbox"/> 猫クロナリティー解析 (ケーナインラボ外注検査)	<input type="checkbox"/> 肥満細胞腫c-kit遺伝子変異検査 (犬・猫) <input type="checkbox"/> BRAF遺伝子変異検査 (ケーナインラボ外注検査)

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

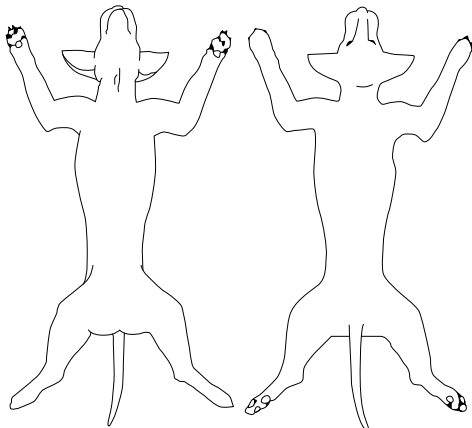
検体採取日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 TNM分類 T \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

検査材料の種類別 ↓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  顕微鏡写真C

MLT 使用欄		備考
ZO B		
ZN/ DK/ SK/		