

検査依頼日 20 年 月 日

カルテ番号	
オーナー名(カタカナ)	
ペット名(カタカナ)	

病院コード：

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	♂・♀・ 今回去勢 ・ 今回避妊
※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 有料

↓ 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]

■ 病理組織検査	□病理S (スタンダード)(※画像添付希望 □)	□病理E (エクストラ)
	□病理AP (剖検材料)	□病理H (HE 染色標本送付) (枚)
■ 細胞診検査	□細胞診検査 (枚)(※画像添付希望 □)(スライド返却希望 □)	
■ 病理遺伝子検査	□犬リンパ球コロナリティ検査	□肥満細胞腫c-kit遺伝子変異検査(犬・猫)
	□猫クローナリティ解析 (ケーナインラボ外注検査)	□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

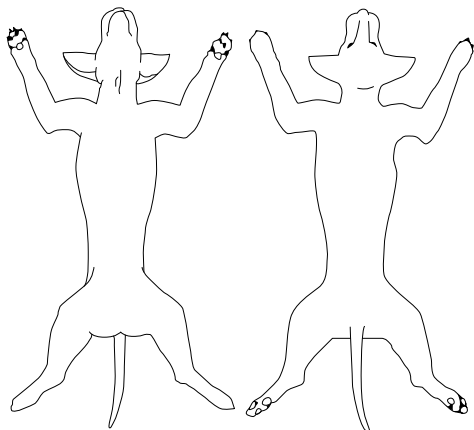
検体採取日 年 月 日 TNM分類 T N M

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 ZO 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	♂・♀・ 今回去勢 ・♀・ 今回避妊
※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 有料
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]

■ 病理組織検査	□病理S (スタンダード)(※画像添付希望 □)	□病理E (エクストラ)
	□病理AP (剖検材料)	□病理H (HE 染色標本送付) (枚)
■ 細胞診検査	□細胞診検査 (枚)(※画像添付希望 □)(スライド返却希望 □)	
■ 病理遺伝子検査	□犬リンパ球コロナリティ検査	□肥満細胞腫c-kit遺伝子変異検査(犬・猫)
	□猫クローナリティ解析	□BRAF遺伝子変異検査
	(ケーナインラボ外注検査)	(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

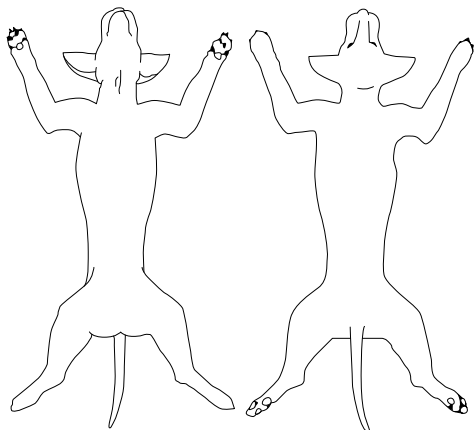
検体採取日 年 月 日 TNM分類 T N M

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
Z0 B	
ZN/ DK/ SK/	