

【病理検査依頼書】

マルピー・ライフテック株式会社		<b>病理検査依頼書</b>		病院控 31A
カルテ番号		病院コード	検査依頼日 20 年 月 日	
オーナー名(カカナ)		病院名		
ペット名(カカナ)		電話番号: ( )	担当医:	
動物種	犬・猫・その他( )	品種		
年齢	歳 月 日	性別	♂・♀・ <sup>♀</sup> ・ <sup>♂</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 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 \_\_\_\_\_

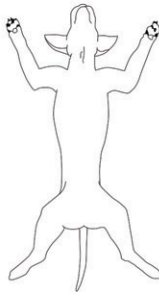
検査材料の種類 ↓どちらかに○を付けカッコ内を記入してください

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)

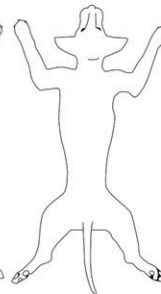
添付資料 無・有(写真 \_\_\_\_\_ 枚、スライド \_\_\_\_\_ 枚、その他 \_\_\_\_\_ )

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 マルピー・ライフテック(株)大阪ラボ 〒563-0011 大阪府池田市伏尾町 103 TEL 072-753-0335	備考
--------------------------------	--	----

★ 依頼する検査項目を選んでください

- 病理検査をご依頼の場合は、病理 S、病理 E、細胞診検査、病理 AP、病理 H の中からご選択ください。
- 病理遺伝子検査を単独でご依頼の場合は、リンパ球クロナリティ検査(犬)、肥満細胞腫 c-Kit 遺伝子変異検査(犬・猫)の中からご選択ください。
- 病理検査と病理遺伝子検査を同時に依頼(だったら検査)の場合は、病理検査、病理遺伝子検査それぞれご選択ください。

検査ご利用について

病理検査

犬ワフチンセット

犬感染症検査

猫感染症健康セット・猫ワフチンセット

猫感染症検査

薬物検査

生化学・内分泌セット検査

生化学検査

内分泌検査

その他の検査