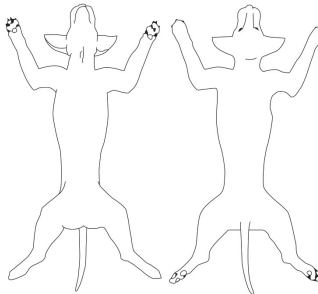


## 【病理検査依頼書】

| 株式会社エム・エル・ティー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             | 病理検査依頼書                                                                                                                          |             | 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                                                                                                                               | ♂・♀・♀・♀・♀・♀ |                      |  |
| ※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       |                                                                                                                                  |             |                      |  |
| <p>★ 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 ]</p> <p> <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)         </p> <p> <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 □)         </p> <p> <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)         </p> |             |                                                                                                                                  |             |                      |  |
| 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               |  |
| 検体採取日 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             | TNM分類 T N M                                                                                                                      |             | 容器に入っている組織数を記入してください |  |
| 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                                  |             |                      |  |
|  <p>腹側 背側</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             | <p>●全コース共通 有料オプション</p> <p><input type="checkbox"/> HE 染色標本 <input type="checkbox"/> 顕微鏡写真 A <input type="checkbox"/> 顕微鏡写真 B</p> |             |                      |  |
| MLT 使用欄<br>ZO B<br>ZN/ DK/ SK/                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             | 検体送付先<br>(株)エム・エル・ティー<br>〒563-0011 大阪府池田市伏尾町 103<br>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