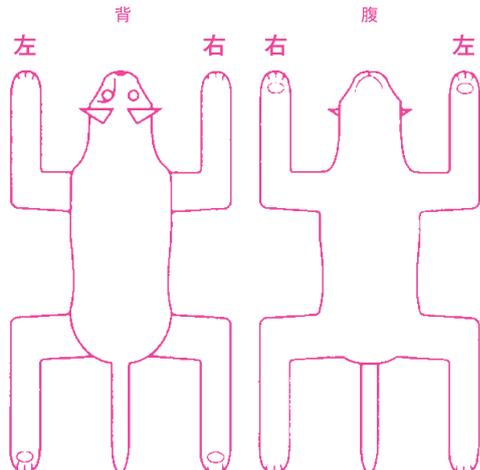


※ピンク色の欄は記入必須項目です。

病院 ID			カルテ No			診断医指名	有 (Dr. _____) ・ 無	
病院名			年齢	才	ヶ月	スライド標本返却	要 ・ 不要	
飼い主名 (カナ)			性別	♂ ・ ♀ ・ ♂ ・ ♀		所見の有無	有 ・ 無	
ペット名 (カナ)			動物種	犬 ・ 猫 その他※1 (_____)		担当獣医師名 (姓・カナ)		
検体採取日	年	月	日	体重	kg	品種	担当連絡先 TEL	
検査項目	<input type="checkbox"/> 病理組織検査 <input type="checkbox"/> 細胞診検査 <input type="checkbox"/> 血液塗抹検査* <input type="checkbox"/> 骨髄塗抹検査* <input type="checkbox"/> 骨髄検査セット* <input type="checkbox"/> (細胞診後の割引サービス※2) (リンパ節転移チェック※3) *血液・骨髄塗抹検査をご依頼の場合は必ずCBCデータを記入してください。							

※1：犬猫以外の動物は詳細な動物種を明記してください。 ※2：細胞診から2か月以内の同患者、同部位の病理検査で適応となります。細胞診の検体番号をご記載ください。
 ※3：病理組織検査と同時にしくは検査後にFNAスライドをご提出ください。(料金：無料) ※4：マージン評価が明らかに困難な場合はコメントの記載はありません。

検体情報				●他に依頼している検査、または過去の検査結果・検体番号など				
病理	送付組織： <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 摘出した組織の	組織数：	個	採取部位				
細胞診 血液塗抹 骨髄塗抹	染色済	枚	未染色	枚	病理および細胞診の送付容器	計	個	
参考資料	無・有 (CBC・写真・スライド・その他)						枚)	●現症に関する情報、採取物の簡略図、主要な臨床検査データなど (できるだけ詳しく記入して下さい。)



●血液塗抹検査・骨髄塗抹検査 ※単位にご注意ください		●腹水・胸水・その他液状物の細胞診検査		●マージンコメント※4の希望	
RBC	×10 ⁶ /μl	WBC	/μl	○検査材料	○性状
Hb	g/dl	Band-N	/μl	<input type="checkbox"/> 腹水	TP (_____ g/dl)
HCT	%	Seg-N	/μl	<input type="checkbox"/> 胸水	比重 (_____)
MCV	fl	Lym	/μl	<input type="checkbox"/> その他	有核細胞数
MCHC	%	Mon	/μl	(_____)	(_____ 個/μl)
Plt	×10 ³ /μl	Eos	/μl	○摘出材料	色： <input type="checkbox"/> 無色 <input type="checkbox"/> 白濁
TP	g/dl	Bas	/μl	<input type="checkbox"/> 直接塗抹のみ	<input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 赤
黄疸指数		Others:		<input type="checkbox"/> 沈渣塗抹のみ	<input type="checkbox"/> その他 (_____)
				<input type="checkbox"/> 直接塗抹と沈渣塗抹	粘稠度：有・無
					乳び：有・無

●病理・細胞診検査					
○採取方法		○発生部位		○病変の大きさ	
<input type="checkbox"/> 病変の全摘出		<input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 皮下		_____ cm × _____ cm × _____ cm	
<input type="checkbox"/> 病変の部分摘出		<input type="checkbox"/> 乳腺組織 (右：1・2・3・4・5, 左：1・2・3・4・5)			
<input type="checkbox"/> ツルカット生検		<input type="checkbox"/> その他 (_____)			
<input type="checkbox"/> パンチ生検		○発生状況		○色調	
<input type="checkbox"/> 内視鏡生検		<input type="checkbox"/> 単発 <input type="checkbox"/> 多発 (_____ 個・無数) <input type="checkbox"/> び浸性		表面：(_____) 断面：(_____)	
<input type="checkbox"/> 針吸引		<input type="checkbox"/> 硬 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 嚢胞性		○周囲との境界	
<input type="checkbox"/> 他 (_____)		<input type="checkbox"/> 可動 <input type="checkbox"/> 固着 (<input type="checkbox"/> 表皮と <input type="checkbox"/> 筋組織と <input type="checkbox"/> _____ と)		<input type="checkbox"/> 明瞭 <input type="checkbox"/> 不明瞭	
○固定までの時間 (病理のみ)		○再発の有無		○リンパ節の腫大	
<input type="checkbox"/> 直後 <input type="checkbox"/> _____ 時間		<input type="checkbox"/> 初回発生 <input type="checkbox"/> 再発 (切除後・寛解後 _____ ヶ月目・年目)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)	

※消耗品・検査依頼書などのご注文は専用の注文書をご使用ください (本依頼書ではご注文できません)。注文書をお持ちでない場合は、カスタマーサポートまでご連絡下さい。