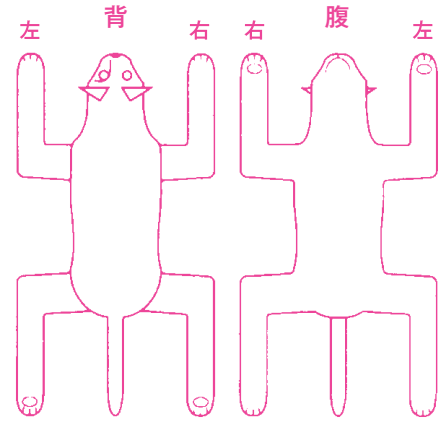


太枠内は記入必須項目です

病院 ID		年齢	才 ヶ月	カルテ No.	
病院名		性別	♂ ・ ♀ ・ ♂ ・ ♀	検体採取日	年 月 日
飼い主名 (カナ)		動物種	犬 ・ 猫 その他 ()	容器数	
ペット名 (カナ)		品種			

スライドは必ず未封入でご提出ください。液状検体はご提出いただけません。

	部位名称（貯留液は沈渣・直接も記載）	染色済	未染色
部位 1		※ 枚	枚
部位 2		※ 枚	枚
部位 3		※ 枚	枚
部位 4～ 全て記入		※ 枚	枚

☐ 再提出 前回受付日 / 検査番号☐ スライド返却（有償）

※ライトギムザ ,Diff quik, ヘマカラー以外の染色は記載

染色名：

評価獣医師への情報提供		※写真等の添付資料は、現物ではなくデータをlaboratoryservices-jp@idexx.comへ送付ください	
●尿沈渣塗抹の細胞診検査		●腹水・胸水・その他液状物の細胞診検査	
○採取方法 ☐ 自然排尿 ☐ カテーテル採尿 ☐ 膀胱穿刺	○性状 比重 ビリルビン pH 糖 蛋白 ケトン体 潜血 その他	○検査材料 ☐ 腹水 ☐ 胸水 ☐ その他 () ○提出材料 ☐ 直接塗抹と沈渣塗抹(推奨) ☐ 直接塗抹のみ ☐ 沈渣塗抹のみ	○性状 TP(g/dl) 有核細胞数 (個/μl) 比重() 色： ☐ 無色 ☐ 白濁 ☐ 黄色 ☐ 赤 ☐ その他() 粘稠度：有・無 乳び ：有・無
○病変の大きさ _____ cm × _____ cm × _____ cm		○発生場所 ☐ 皮膚 ☐ 皮下 ☐ 乳腺組織 ☐ その他 ()	
○周囲との境界 ☐ 明瞭 ☐ 不明瞭		○発生状況 ☐ 単発 ☐ 多発 (個 ☐ びまん性 ☐ 硬 ☐ 軟 ☐ 嚢胞性 ☐ 可動 ☐ 固着 (☐ 皮膚と ☐ 筋組織と)	
○リンパ節の腫大 ☐ 無 ☐ 有 ()		○再発の有無 ☐ 初回発生 ☐ 再発 (切除後・寛解後 _____)	
○採取方法 ☐ 針吸引 ☐ スタンプ ☐ 他 ()			
○評価獣医師の指名 ☐ 無 ☐ 有 ()			
※対応できない場合は通知なく他の獣医師が報告しますのでご了承ください			

臨床情報 ※出来るだけ詳しく記載してください

--- IDEXX キリトリ線 ---

--- IDEXX キリトリ線 ---

IDEXX 使用欄