

※ピンク色の欄は記入必須項目です。

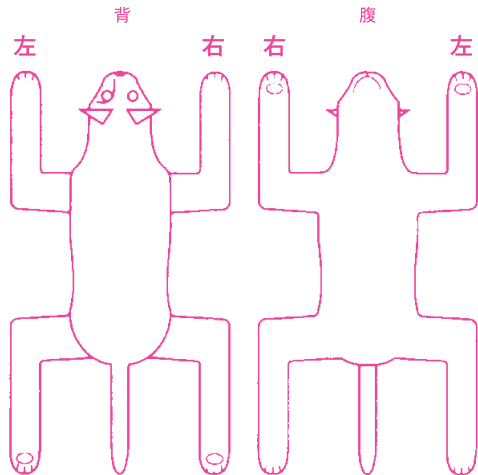
| | | | | | | | | |
|-----------|---|---|--------|--------------------------------------|----|------------------------|-------------------|--|
| 病院 ID | | | カルテ No | | | 診断医指名 | 有 (Dr. _____) ・ 無 | |
| 病院名 | | | 年齢 | 才 | ヶ月 | スライド標本返却 ^{※2} | 要 ・ 不要 | |
| 飼い主名 (カナ) | | | 性別 | ♂ ・ ♀ ・ ♂ ・ ♀ | | 所見の有無 ^{※3} | 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* * 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：選択が無い場合はスライド標本返却無しとなります。

※3：所見なしは、病理組織検査のみの適応となります。
 ※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： 摘出した組織の <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 | 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 (_____ 個/μl) |
| MCHC | % | Mon | /μl | ○摘出材料 | 色： <input type="checkbox"/> 無色 <input type="checkbox"/> 白濁 |
| Plt | ×10 ³ /μl | Eos | /μl | <input type="checkbox"/> 直接塗抹のみ | <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 赤 |
| TP | g/dl | Bas | /μl | <input type="checkbox"/> 沈査塗抹のみ | <input type="checkbox"/> その他 (_____) |
| 黄疸指数 | | Others: | | <input type="checkbox"/> 直接塗抹と沈査塗抹 | 粘稠度：有・無 |
| | | | | | 乳び：有・無 |

●尿沈渣塗抹の細胞診検査

| | |
|----------------------------------|-------|
| ○採取方法 | ○性状 |
| <input type="checkbox"/> 自然排尿 | 比重 |
| <input type="checkbox"/> カテーテル採尿 | ビリルビン |
| <input type="checkbox"/> 膀胱穿刺 | pH |
| | 糖 |
| | 蛋白 |
| | ケトン体 |
| | 潜血 |
| | その他 |

| | | |
|---|--|---|
| ●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"/> ツルーカーカット生検 | <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。