

太枠内は記入必須項目です

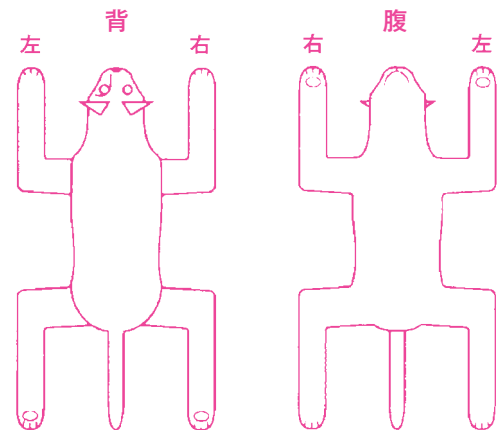
病院 ID		年齢	才 ヶ月	カルテ No.	
病院名		性別	♂ ・ ♀ ・ ♂ ・ ♀	検体採取日	年 月 日
飼い主名 (カナ)		動物種	犬 ・ 猫 その他 ()	容器数	
ペット名 (カナ)		品種			

●病理組織検査（複雑・大型組織）※該当臓器および一緒にご提出される部位すべてこちらにご記載ください (203)

部位		組織塊	
----	--	-----	--

●病理組織検査 部位1～15 (220/225)

部位 1		組織塊	個
部位 2			個
部位 3			個
部位4～ 全て記入			個



- ☐ 所見なし
- ☐ 細胞診同時提出(有償)または提出後2か月以内 提出日 / 検査番号 (220)
- ☐ スライド返却(有償)

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

送付組織： 摘出した組織の ☐ 全部 ☐ 一部	○病変の大きさ _____ cm × _____ cm × _____ cm	臨床情報※出来るだけ詳しく記載してください
○採取方法 ☐ 病変の全摘出 ☐ 病変の部分摘出 ☐ ツルーカット生検 ☐ パンチ生検 ☐ 内視鏡生検 ☐ 他 ()	○発生部位 ☐ 皮膚 ☐ 皮下 ☐ 乳腺組織 (右: 1・2・3・4・5, 左: 1・2・3・4・5) ☐ その他 ()	
○固定までの時間 ☐ 直後 ☐ _____ 時間	○発生状況 ☐ 単発 ☐ 多発 (個・無数) ☐ び慢性	
○評価獣医師の指名 ☐ 無 ☐ 有 ()	○再発の有無 ☐ 初回発生 ☐ 再発 (切除後・寛解後 _____)	
	○リンパ節の腫大 ☐ 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

IDEXX キリトリ線

IDEXX キリトリ線

IDEXX 使用欄