

※病院様・患者様情報の薄赤色の部分は記入必須です。

※カタカナでご記入ください

病院ID						病院名	
------	--	--	--	--	--	-----	--

飼主名		年齢	才	ヶ月	犬・猫	血清	本	IDEXX記入欄	
ペット名		性別	♂	♀	獣医師名	血漿	ED TA ヘ パ リン 本		
カルテNo		採取日	月	日		CBC用全血	本		
						尿	本		
健診ベーシック検査 (○をつけてください)					オプション検査 (オプション検査のみのご利用はできません)				
必須			選択可						
Chem 18 235			CBC 238		フルクトサミン 2134	TBA前 2054	TBA後 2055		
Chem 16 231					AST/TG 237	Spec cPL/fPL 2133/2129			
Chem 11 241			電解質 232		犬CRP 2051	猫SAA 2056	犬糸状虫 2125		
					T <sub>4</sub> 2124	NT-proBNP 2135/2130			
					FT <sub>4</sub> 2052	UPC 323			
					犬TSH 2053	尿中一般 322			
疾患別コース (オプション検査追加可)									
	心臓			甲状腺			消化器		
犬	Chem 18 / 電解質 NT-proBNP			Chem 18 / 電解質 T <sub>4</sub> / FT <sub>4</sub> / 犬TSH			Chem 18 / 電解質 Spec cPL		
猫	Chem 16 / 電解質 NT-proBNP			Chem 16 / 電解質 T <sub>4</sub>			Chem 16 / 電解質 Spec fPL		

飼主名		年齢	才	ヶ月	犬・猫	血清	本	IDEXX記入欄	
ペット名		性別	♂	♀	獣医師名	血漿	ED TA ヘ パ リン 本		
カルテNo		採取日	月	日		CBC用全血	本		
						尿	本		
健診ベーシック検査 (○をつけてください)					オプション検査 (オプション検査のみのご利用はできません)				
必須			選択可						
Chem 18 235			CBC 238		フルクトサミン 2134	TBA前 2054	TBA後 2055		
Chem 16 231					AST/TG 237	Spec cPL/fPL 2133/2129			
Chem 11 241			電解質 232		犬CRP 2051	猫SAA 2056	犬糸状虫 2125		
					T <sub>4</sub> 2124	NT-proBNP 2135/2130			
					FT <sub>4</sub> 2052	UPC 323			
					犬TSH 2053	尿中一般 322			
疾患別コース (オプション検査追加可)									
	心臓			甲状腺			消化器		
犬	Chem 18 / 電解質 NT-proBNP			Chem 18 / 電解質 T <sub>4</sub> / FT <sub>4</sub> / 犬TSH			Chem 18 / 電解質 Spec cPL		
猫	Chem 16 / 電解質 NT-proBNP			Chem 16 / 電解質 T <sub>4</sub>			Chem 16 / 電解質 Spec fPL		

※ご報告は、メール、FAX、郵送とも最終報告のみとなります。