

太枠内は記入必須項目です

217-02

病院 ID		年齢	才 ヶ月	獣医師名	
病院名		性別	♂ ・ ♀ ・ ♂ ・ ♀	カルテ No.	
飼い主名 (カナ)		動物種	犬 ・ 猫 その他 ( )	添付資料:	
ペット名 (カナ)		品種		あり ( ) なし	

症例番号の入力欄 \* 報告書番号をすべてご記載ください

- 細胞診 ( )
- 病理 ( )
- 皮膚病理 ( )

相談内容をご自由にお書きください

コンサルテーション内容を報告書で発行した後の腫瘍内科医からの連絡 (1または2を選んでください)

- 希望しない
- 希望する (①または②を選んでください)

- ①電話: 番号 ( )
- ご希望時間帯: なし ・ あり ( )
- ②メール: アドレス ( )

本依頼書はメールでお送りください  
laboratoryservices-jp@IDEXX.com