

※病院様・患者様情報の薄赤色の部分は記入必須です。

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

①	飼主名	カタカナでご記入ください	年齢	才	ヶ月	犬・猫	血清	本	IDEXX記入欄	
	ペット名	カタカナでご記入ください	性別	♂	♀	獣医師名	血漿	ED TA 本		
	カルテNo		採取日	月	日		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		Spec cPL/fPL 2133/2129	
	Chem 16 231						AST/TG 237		犬糸状虫 2125	
	Chem 11 241			電解質 232			犬CRP 2051		NT-proBNP 2135/2130	
							T ₄ 2124		UPC 323	
						FT ₄ 2052		尿中一般 322		
						犬TSH 2053				
②	飼主名	カタカナでご記入ください	年齢	才	ヶ月	犬・猫	血清	本	IDEXX記入欄	
	ペット名	カタカナでご記入ください	性別	♂	♀	獣医師名	血漿	ED TA 本		
	カルテNo		採取日	月	日		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		Spec cPL/fPL 2133/2129	
	Chem 16 231						AST/TG 237		犬糸状虫 2125	
	Chem 11 241			電解質 232			犬CRP 2051		NT-proBNP 2135/2130	
							T ₄ 2124		UPC 323	
						FT ₄ 2052		尿中一般 322		
						犬TSH 2053				
③	飼主名	カタカナでご記入ください	年齢	才	ヶ月	犬・猫	血清	本	IDEXX記入欄	
	ペット名	カタカナでご記入ください	性別	♂	♀	獣医師名	血漿	ED TA 本		
	カルテNo		採取日	月	日		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		Spec cPL/fPL 2133/2129	
	Chem 16 231						AST/TG 237		犬糸状虫 2125	
	Chem 11 241			電解質 232			犬CRP 2051		NT-proBNP 2135/2130	
							T ₄ 2124		UPC 323	
						FT ₄ 2052		尿中一般 322		
						犬TSH 2053				

※ご報告は、メール、FAX、郵送とも最終報告のみとなります。