

※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 ヘパリン 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 ヘパリン 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 ヘパリン 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。