

※ピンク色の欄は記入必須項目です。

病院 ID		カルテ No		動物種	犬・猫 その他()
病院名		年齢	才 ヶ月	性別	♂・♀・♂・♀
飼い主名 (カナ)		体重	kg	品種	
ペット名 (カナ)		担当獣医師名 (姓・カナ)		スライド標本返却	要・不要
検体採取日	年 月 日	担当連絡先 TEL		所見の有無	有・無
検査項目	<input type="checkbox"/> 病理組織検査 <input type="checkbox"/> 細胞診検査 <input type="checkbox"/> 血液塗抹検査* <input type="checkbox"/> 骨髄塗抹検査* <input type="checkbox"/> 骨髄検査セット* *血液・骨髄塗抹検査をご依頼の場合は必ず CBC データを記入してください。				

※1：選択が無い場合は、スライド標本返却無しとなります。 ※2：所見なしは、病理検査のみの適応となります。
 ※3：マージン評価が明らかに困難な場合はコメントの記載はありません。

検体情報 採取部位を記入して下さい 背 腹 左 右 右 左 	病理 送付組織： <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 組織数： 個 細胞診 染色済 枚 未染色 枚 病理および細胞診の送付容器 計 個 ● 現症に関する情報、採取物の簡略図、主要な臨床検査データなど(できるだけ詳しく記入して下さい。)
---	---

● マージンコメント^{※3}の希望 有・指定部分のみ・無

● 他に依頼している検査、または過去の検査結果・検体番号など

● 診断医の指定 有(Dr.)・無

● 病理・細胞診検査

○ 採取方法： 病変の全摘出 病変の部分摘出 ツルカット生検 バンチ生検 内視鏡生検 針吸引

○ 発生部位： 乳腺組織(右：1・2・3・4・5, 左：1・2・3・4・5) 皮膚 その他()

○ 病変の大きさ： _____ cm × _____ cm × _____ cm

○ 発生状況：
 単発 多発 (個・無数) び慢性 固定までの時間 直後 _____ 時間後
 硬 軟 嚢胞性 周囲との境界 明瞭 不明瞭
 可動 固着 (表皮と 筋組織と) 色調 (表面： _____ 断面： _____)

○ 再発の有無： 初回発生 再発 (切除後・寛解後 _____ ヶ月目・年目)

○ リンパ節の腫大： 無 有 ()

● 腹水・胸水・その他液状物の細胞診検査

○ 検査材料： 腹水 胸水 その他()

○ 抽出材料： 直接塗抹のみ 沈渣塗抹のみ 直接塗抹と沈渣塗抹

○ 性状： TP (_____ g/dl) 色： 無色 黄色 白濁 赤 その他()
 比重 () 粘稠度： 有 無 乳び： 有 無

● 尿沈渣塗抹の細胞診検査

○ 採取方法： 自然排尿 カテーテル採尿 膀胱穿刺

○ 性状：

比重	pH	蛋白	潜血
ビリルビン	糖	ケトン体	その他

● 血液塗抹検査・骨髄塗抹検査 ※ 単位にご注意ください

RBC	×10 ⁶ /μl	Hb	g/dl	HCT	%	MCV	fl	MCHC	%
WBC	/μl	Band-N	/μl	Seg-N	/μl	Lym	/μl	Mon	/μl
		Eos	/μl	Bas	/μl	Others:			
Plt	×10 ³ /μl	TP	g/dl	黄疸指数					

※消耗品・検査依頼書などのご注文は専用の注文書をご使用ください(本依頼書ではご注文できません)。注文書をお持ちでない場合は、カスタマーサポートまでご連絡下さい。