

【共通】皮膚病理検査／写真による皮膚病臨床評価
太枠は必ずご記入ください。

受付日	検体番号
-----	------

病院ID	: ○○○○
病院名	: ○○○○動物病院
担当医	: ○○○○ 先生

ご依頼日	: 2016 年 6 月 3 日
前回のご依頼日	: _____ 年 _____ 月 _____ 日
前回のオーダ番号	: _____

*同じ症例において本検査のご依頼が2回目以降となる場合はご記入ください。

○症例情報

飼主名(カナ)	: △△△△ 様
ペット名(カナ)	: △△△ 様
カルテNo.	: △△△△
年齢	: 3 才 9 ヶ月 (2014 年 7 月 10 日生)
性別	: ♂ ♀ 去勢♂ 避妊♀
動物種	: 犬 猫 他 ()

採取日	: 2016 年 6 月 2 日
-----	------------------

採取部位	: ①頸腹部 ②左内股 ③左前肢背側
------	--------------------

去勢避妊日	: 2014 年 2 月 1 日 (0 歳 7 カ月齢)
体重	: 7.8 kg
品種	: 柴犬
毛色	: 茶
毛質	: <input type="checkbox"/> 中・長毛 <input checked="" type="checkbox"/> 短毛 <input type="checkbox"/> 巻毛 <input type="checkbox"/> 他 ()
飼育環境	: 室内 (90)%, 屋外 (10)%, 他 ()
現在の食事	: 市販のドライフード、おやつ (ポーロなど)
依頼検査項目に <input checked="" type="checkbox"/> をつけ必要事項をご記入ください。	
<input checked="" type="checkbox"/> 皮膚病理検査 (1)へ <input type="checkbox"/> 写真による皮膚病臨床評価 (2)へ	

腹側面		背側面	
診断医の指定	有 (Dr. _____) ・ 無		

(1) 皮膚病理検査 (皮膚病理組織／臨床画像／臨床データによる評価) 記入欄

検体の種類	: <input checked="" type="checkbox"/> ホルマリン固定組織 <input type="checkbox"/> 病理組織標本 <input type="checkbox"/> 他 ()	以下のスライド返却は別料金となります。
<p>*ホルマリン固定組織にてご依頼いただいた場合、以下の4種類の染色もサービス内に含まれています</p> <ul style="list-style-type: none"> ・HE 染色……………病理組織検査で行う基本的な染色 ・PAS染色……………主に真菌、粘膜、基底膜などが陽性となる染色 ・Gram 染色……………主に細菌などが陽性となる染色 ・トリジンブルー染色……………主に肥満細胞などが陽性となる染色 		<p>スライド返却 要・不要 (HE染色標本のみの返却)</p> <p>*その他のご希望につきましては、弊社までお問い合わせください。</p>
検体数	: 3 個 提出容器数 : 3 個	
*同一症例であれば、検体数はいくつでも検査料金は変わりません。		
採材方法	: <input checked="" type="checkbox"/> パンチ生検 (内径 6 mm) <input type="checkbox"/> 部分切除 <input type="checkbox"/> 完全切除 (備考: _____)	
写真等の提出方法	: <input checked="" type="checkbox"/> 電子メール (送付先: dermatopathology@idexx.com)* <input type="checkbox"/> 電子媒体 (CD-R等) <input type="checkbox"/> 他 ()	
写真等の使用許可	: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input checked="" type="checkbox"/> 今は判断できず	
*学会、論文、書籍等の学術的な使用の許可です。使用時には貴院名を添付させていただきます。(施設名の添付を望まない)		

(2) 写真による皮膚病臨床評価 (臨床画像／臨床データによる評価) 記入欄

写真等の提出方法	: <input type="checkbox"/> 電子メール (送付先: dermatopathology@idexx.com)* <input type="checkbox"/> 電子媒体 (CD-R等) <input type="checkbox"/> 他 ()
写真等の使用許可	: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 今は判断できず
*学会、論文、書籍等の学術的な使用の許可です。使用時には貴院名を添付させていただきます。(施設名の添付を望まない)	

→ (1) (2) とも次ページに進み (3) 臨床データをご記入下さい

○検体・依頼書送付先 : アイデックス ラボラトリーズ株式会社 検査サービス
〒184-0002 東京都小金井市梶野町 5-8-18 Tel: 0120-71-4921 Fax: 042-303-9011

○電子メールで依頼の場合: dermatopathology@idexx.com

*電子メールで写真をお送り頂く場合は、必ず本依頼書も添付して下さい。
弊社にメールが到着しますと、自動応答メールをお送りしております。こちらが届かない場合、メールが到着していない可能性がございますので、弊社カスタマーサポート (Tel: 0120-71-4921; 平日9:00~18:00) までご連絡をお願い致します。

●コメント等で字数制限が越える場合は別紙または印刷された用紙にご記載ください。
●検査・提出方法等の詳細は検査案内をご確認ください。

(3) 臨床データ

○皮膚症状の基礎情報

初発時期	: 2015年5月頃
主な皮疹	: かきこわし、脱毛、べたつき、肥厚、色素沈着
発症部位	: 体幹腹側（特にわき、内股）、四肢端、眼周辺、口周辺、校門周辺、外耳など
かゆみの程度	: ○0 ○1 ○2 ○3 ○4 ○5 ○6 ○7 ○8 ○9 ○10 (全くかゆくない) (最もかゆい)
(備考:)
皮膚病以外の問題点	: 特になし
予測される臨床診断	: アレルギー性皮膚疾患

○皮膚症状の基礎情報（病歴・臨床経過・検査結果・治療反応などの詳細をご記入下さい）

2014/8/3 外耳炎で来院。1週間ごとに通院にて耳洗浄と点耳薬投与。数回来院で改善。

2015/5/7 眼周辺、口周辺、足先のかゆみと外耳炎にて来院。

プレドニゾロン (0.5mg/kg SID)、セファレキシン (20mg/kg BID) を1週間投与して改善。

同年 6/8 同様の症状にて来院。同様の処方にて改善。

同年 7/1 同様の症状にて来院。アレルギー性皮膚疾患を疑い、アレルギー性疾患用療法食 (○○○○) による除去食試験を6週間実施。

同年 8/15 除去食試験にて反応なし。

プレドゾロン (0.5mg/kg SID-EOD)、セファレキシン (20mg/kg BID) を2週間程度投与して中止。

その後、再発するたびに11月頃まで繰り返すが、その後は症状が落ち着いてたため、投与中止。

2016/4/6 同様の症状が再発し、来院。同様の処置を行うも十分に改善しない。

同年 6/2 皮膚生検を実施。

○検体・依頼書送付先 : アイデックス ラボラトリーズ株式会社 検査サービス

〒184-0002 東京都小金井市梶野町 5-8-18 Tel: 0120-71-4921 Fax: 042-303-9011

○電子メールで依頼の場合: dematopathology@idexx.com

※電子メールで写真をお送り頂く場合は、必ず本依頼書も添付して下さい。

弊社にメールが到着しますと、自動応答メールをお送りしております。こちらが届かない場合、メールが到着していない可能性がございますので、弊社カスタマーサポート (Tel: 0120-71-4921; 平日9:00~18:00) までご連絡をお願い致します。

【共通】皮膚病理検査／写真による皮膚病臨床評価
太枠は必ずご記入ください。

受付日	検体番号
-----	------

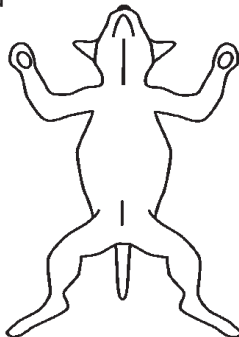
病院ID	:	
病院名	:	
担当医	:	先生

ご依頼日	:	年	月	日
前のご依頼日	:	年	月	日
前回のオーダー番号	:			

*同じ症例において本検査のご依頼が2回目以降となる場合はご記入ください。

○症例情報

飼主名(カナ)	:	様
ペット名(カナ)	:	様
カルテNo.	:	
年齢	:	才 ヶ月(年 月 日生)
性別	:	♂ ♀ 去勢♂ 避妊♀
動物種	:	犬 猫 他()
去勢避妊日	:	年 月 日(歳 カ月齢)
体重	:	kg
品種	:	
毛色	:	
毛質	:	<input type="checkbox"/> 中・長毛 <input type="checkbox"/> 短毛 <input type="checkbox"/> 巻毛 <input type="checkbox"/> 他()
飼育環境	:	室内()%, 屋外()%, 他()
現在の食事	:	
依頼検査項目に <input checked="" type="checkbox"/> をつけ必要事項をご記入ください。		
<input type="checkbox"/> 皮膚病理検査 (1)へ <input type="checkbox"/> 写真による皮膚病臨床評価 (2)へ		

採取日	:	年	月	日
採取部位	:			
腹側面			背側面	
診断医の指定	有 (Dr.)	無		

(1) 皮膚病理検査 (皮膚病理組織／臨床画像／臨床データによる評価) 記入欄

検体の種類 <input type="checkbox"/> ホルマリン固定組織 <input type="checkbox"/> 病理組織標本 <input type="checkbox"/> 他()	以下のスライド返却は別料金となります。
*ホルマリン固定組織にてご依頼いただいた場合、以下の4種類の染色もサービス内に含まれています ・HE染色・・・病理組織検査で行う基本的な染色 ・PAS染色・・・主に真菌、粘膜、基底膜などが陽性となる染色 ・Gram染色・・・主に細菌などが陽性となる染色 ・トリジンブルー染色・・・主に肥満細胞などが陽性となる染色	<div style="text-align: center;"> スライド返却 要・不要 (HE染色標本のみの返却) <small>*その他のご希望につきましては、弊社までお問い合わせください。</small> </div>
検体数 : _____ 個 提出容器数 : _____ 個 <small>*同一症例であれば、検体数はいくつでも検査料金は変わりません。</small>	
採材方法 <input type="checkbox"/> パンチ生検(内径 _____ mm) <input type="checkbox"/> 部分切除 <input type="checkbox"/> 完全切除 (備考: _____)	
写真等の提出方法 <input type="checkbox"/> 電子メール(送付先: dermatopathology@idexx.com)* <input type="checkbox"/> 電子媒体(CD-R等) <input type="checkbox"/> 他()	
写真等の使用許可 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 今は判断できず <small>*学会、論文、書籍等の学術的な使用の許可です。使用時には貴院名を添付させていただきます。(施設名の添付を望まない)</small>	

(2) 写真による皮膚病臨床評価 (臨床画像／臨床データによる評価) 記入欄

写真等の提出方法 <input type="checkbox"/> 電子メール(送付先: dermatopathology@idexx.com)* <input type="checkbox"/> 電子媒体(CD-R等) <input type="checkbox"/> 他()
写真等の使用許可 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 今は判断できず <small>*学会、論文、書籍等の学術的な使用の許可です。使用時には貴院名を添付させていただきます。(施設名の添付を望まない)</small>

→ (1) (2) とも次ページに進み (3) 臨床データをご記入下さい

○検体・依頼書送付先 : **アイデックス ラボラトリーズ株式会社 検査サービス**
〒184-0002 東京都小金井市梶野町 5-8-18 Tel: 0120-71-4921 Fax: 042-303-9011

○電子メールで依頼の場合: **dermatopathology@idexx.com**

*電子メールで写真をお送り頂く場合は、必ず本依頼書も添付して下さい。
弊社にメールが到着しますと、自動応答メールをお送りしております。こちらが届かない場合、メールが到着していない可能性がございますので、弊社カスタマーサポート (Tel: 0120-71-4921; 平日9:00~18:00) までご連絡をお願い致します。

●コメント等で字数制限が越える場合は別紙または印刷された用紙にご記載ください。
●検査・提出方法等の詳細は検査案内をご確認ください。

+

+

