

※複写式のため筆圧を強く
ご記入お願ひいたします。

受付日	サイン	営業所
年		

形態学・遺伝子検査依頼書 提出用①

※太枠内は必ずご記入ください。

出検にあたるガイドに同意します。

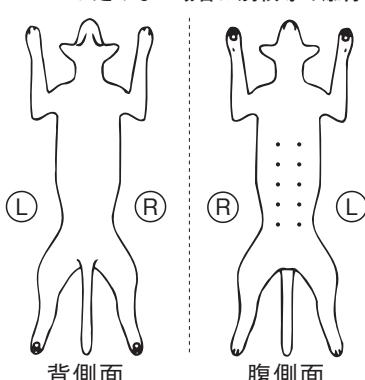
コード	施設名	担当医(カナ)	カルテNo.	採取日	TEL FAX		
お名前(カナ・姓のみ)		(犬)・(猫) 様(その他)()	(なし)	年月日			
お名前(カナ・名のみ)		品種 ちゃん	性別 ♂♀♂♀	年齢 歳ヶ月 (不明)	希望診断医		
			体重 今回実施	kg g	弊社使用欄		
依頼内容		検体情報					
<input type="checkbox"/> 形態学検査のみ <input type="checkbox"/> 遺伝子検査のみ <input type="checkbox"/> 形態学+遺伝子検査		採取部位					
301 病理組織診断 397 細胞診 395 血液塗抹診断 314 骨髄塗抹診断(末梢血塗抹添付推奨) 306 標本作製(診断なし)		乳腺の場合(提出部位に○) 右(1・2・3・4・5) 左(1・2・3・4・5) 病理組織診断/特殊病理 総組織数()個 参考スライド()枚 総容器数()個					
396 スライド返却(有料) 399 至急報告(有料)		細胞診/血液塗抹/骨髄塗抹 染色名(内訳) 染色済()枚 未固定/未染色()枚 固定済/未染色()枚					
489 神経・筋疾患 458 皮膚病理(写真添付必須)		他検体(未固定組織、血清など) 同時依頼の検査項目 過去の検査No.					
700 リンパ球クローナリティ検査(犬)		遺伝子検査 検査部位 総容器数()個					
複数部位を1検体として検査 複数部位を別々に検査						提: 使用した標本は返却不可です。 出: ホルマリン組織での検査は結果に影響する可能性があります。 条件: 複数部位を別々に検査する場合は追加費用が発生します 同意	

検体性状	採取方法	完全切除	パンチ	cell	針生検(吸引)	スタンプ	剖検材料	C	Ht	%
	部分切除	Tru-cut	block	針生検(吸引なし)	その他()				RBC	×10 ⁴ /μL
液体性状	病変の大きさ	()×()	×()	mm	cm	増大傾向	有	B	Hb	g/dL
	外観	皮膚腫瘍	単発	硬い	結節状	自潰	発赤	再発	C	Retic
	皮下腫瘍	多発	軟らかい	浸潤性		脱毛	転移あり	D	WBC	/μL
	外観	漿液性	混濁	血性	膿性	乳び	標本の種類	E	Band-N	/μL
	尿	自然排尿	カテーテル採尿	膀胱穿刺				F	Seg-N	/μL
	量	()mL	TP	()g/dL	未測定	総有核細胞数()個		G	Lym	/μL
								H	Mon	/μL
								I	Eos	/μL
								J	Baso	/μL
								K	PLT	×10 ⁴ /μL

臨床症状、経過、治療反応、検査の目的などを出来るだけ詳細にご記入ください。

(スペースが足りない場合は別紙等で添付ください。)

マージン評価を希望しない



採取部位を○印でお示しください。

検査資材依頼欄	<input type="checkbox"/> EDTA採血管	<input type="checkbox"/> 減菌スピック	<input type="checkbox"/> シーラーパック (大)・(中)・(小)	<input type="checkbox"/> スライドケース	<input type="checkbox"/> 形態学依頼書	<input type="checkbox"/> 検体ラベル	<input type="checkbox"/> 他()
---------	----------------------------------	---------------------------------	---	----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

弊社使用欄	容返	ブ返	検返	参ス	同依	K9	MLT	~再固~	脱灰	ブ数	担当	切出	出	鏡検
-------	----	----	----	----	----	----	-----	------	----	----	----	----	---	----

形態学検査の項目、検査結果につきましては、TEL:042-312-2675までお問い合わせください。