

● 病院名： _____ ● 担当獣医師： _____

● ご住所： _____

〒 _____

● TEL： _____ ● FAX： _____ ● E-mail： _____

■ 患者様について

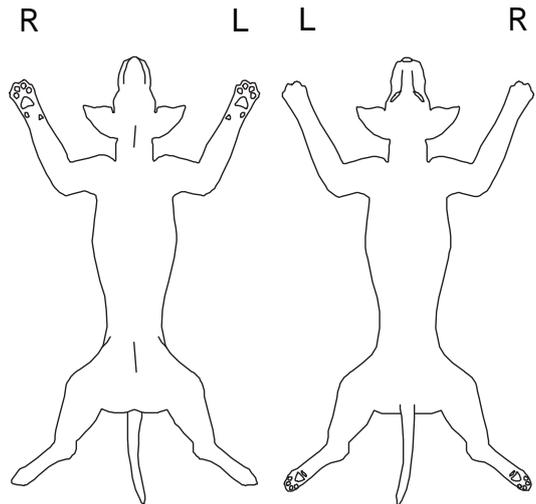
● フリガナ： _____ ● フリガナ： _____

● 飼主名： _____ ● 患者名： _____

● 動物種： _____ ● 品種： _____

● 性別： _____ ● 年齢： _____ ● 体重： _____ kg

■ 病歴・送付組織等について詳細にご記入ください



マージン評価

■ 提出臓器名・容器数・参考スライド

提出容器数： _____ 個 参考スライド枚数： _____ 枚

■ スライド返却（有料）のご希望

追加検査のご希望：

※ 特殊染色，免疫染色，クロナリティ検査，c-kit遺伝子変異検査をご希望の場合は項目名の記入をお願いします。

< 当院記入欄 >

受付日：

受付番号：

会 計： _____

受付容器数：

ブロック数：

報 告： _____

■ ご連絡先： 〒333-0823 埼玉県川口市石神815 どうぶつの総合病院 専門医療&救急センター 解剖病理科
TEL:048-229-7390 Mail: pathology@vsec.jp

※ 病院情報に変更がある場合はご一報いただきますよう、お願い申し上げます。