

どうぶつの総合病院

専門医療&救急センター

臨床病理
検査依頼書

● 病院名： _____ ● 担当獣医師： _____

● ご住所： _____
〒 _____

● TEL： _____ ● FAX： _____ ● E-mail：(必須) _____

■ 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

■ 検体の採取日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃 (保存温度 _____ °C)

■ 依頼検査項目について

● 依頼検査項目： _____

● 採取部位： _____ ● 提出スライド枚数： _____ 枚

【腹水・胸水の場合】 TP： _____ g/dl 細胞数： _____ 個/ μ l

【骨髓コア生検の有無】

【液体サンプルの提出】 (血液、BALF、CSF、胸水・腹水、関節液の液状検体)

■ 臨床経過、既往歴、病変について(大きさ、色、数) 鑑別診断などを詳細にご記入ください。

■ 追加検査のご希望：

■ 本症例のどうぶつの総合病院での検査歴(臨床病理・病理組織・画像診断)

受診歴なし _____ あり(受付番号等を右に記載) _____

< 当院記入欄 >

受付日： _____ 受付番号： _____ 会 計： _____

提出試験管： _____ スライド数： _____ 染色済： _____ 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 臨床病理科
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。