

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 ℃)

■ 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。