

どうぶつの総合病院

専門医療 & 救急センター

病理組織検査
依頼書

● 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 :

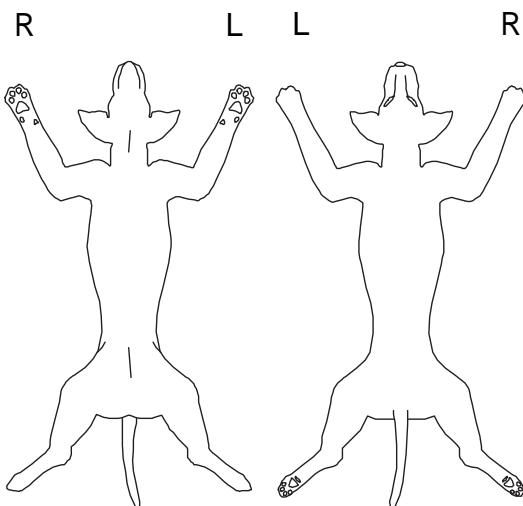
● 性別 :

● 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>

会 計 : _____

受付日 :

受付番号 :

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。