

# 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

● 飼主名:

● 患者名:

● 動物種:  犬  猫  その他 ( )

● 品種:

● 年齢:

● 性別:  オス  メス  去勢・避妊済み

● 体重: kg

■ 検体の採取日時: 年 月 日 午前・午後 時頃 (保存温度 )

### ■ 依頼検査項目について

● 血液  CBC + 血液塗抹

● 細胞診  体表・体内病変: 部位 ( )  関節液: 関節名 ( )

腹水 (直接塗抹・沈渣塗抹)  胸水 (直接塗抹・沈渣塗抹)  脳脊髄液 (採取部位 )

● 骨髄細胞診  骨髄検査 + CBC + 塗抹 ● その他 ( )

### ■ 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。

腹水・胸水の場合: TP g/dl 細胞数 個/ $\mu$ l

### ■ 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) や受診歴

有  無 (受付番号・患者番号 )

■ 診断書送付のご希望 (いずれか1つ)  E-mail  Fax

< 当院記入欄 >

受付日:

受付番号:

提出試験管:

スライド数:

染色済:

添付書類:

■ 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