

リンパ球クローン性解析 依頼書

依頼日	年 月 日	電話番号	
病院コード		T E L	
病院名		F A X	

飼主名	カタカナでご記入ください	動物名	カタカナでご記入ください	カルテNo.	
動物種		品 種		体 重	
年 齢	歳 ヶ月齢	性 別	<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ (<input type="checkbox"/> 避妊去勢済 ・ <input type="checkbox"/> 今回処置)		
担当医					

依頼形式	<input type="checkbox"/> 病理検査とセットで依頼 (病理検査の依頼書は別途提出してください。) <input type="checkbox"/> クローナリティ検査のみを依頼
------	--

		採取部位	採材方法	処理・保存方法	備考
サンプル情報	検体①		<input type="checkbox"/> 組織採取 (外科切除、パンチ、Tru-cut等) <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> FNA/FNB <input type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/> DNA/RNA保存液(別売)※ <input type="checkbox"/> パラフィン包埋 <input type="checkbox"/> スライド塗抹 <input type="checkbox"/> 生食(冷蔵・冷凍) <input type="checkbox"/> その他	
	検体②		<input type="checkbox"/> 組織採取 (外科切除、パンチ、Tru-cut等) <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> FNA/FNB <input type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/> DNA/RNA保存液(別売)※ <input type="checkbox"/> パラフィン包埋 <input type="checkbox"/> スライド塗抹 <input type="checkbox"/> 生食(冷蔵・冷凍) <input type="checkbox"/> その他	
	検体③		<input type="checkbox"/> 組織採取 (外科切除、パンチ、Tru-cut等) <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> FNA/FNB <input type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/> DNA/RNA保存液(別売)※ <input type="checkbox"/> パラフィン包埋 <input type="checkbox"/> スライド塗抹 <input type="checkbox"/> 生食(冷蔵・冷凍) <input type="checkbox"/> その他	

サンプルが複数ある場合

- 全てをまとめて1サンプルとして検査
各サンプルを別々に検査

※DNA/RNA保存液の購入は弊社にお問合わせください。

下記のいずれかをチェックしてください

- 検査前に検体量不足が疑われるときには連絡が欲しい(※あくまでも目視での判断です)

※あくまでも目視での判断です。検査中に検索量不足が判明することもありますのでご了承ください。検体量不足で報告書が発行された後に、再検査はできません。

- 検体量不足が疑われても検査を続行する(追加サンプルの採取が困難な場合など)

委託先: 東京大学 動物医療センター 遺伝子検査部

(この欄には記入しないで下さい)

受付日		受付No.	
請求コード			
備考			