

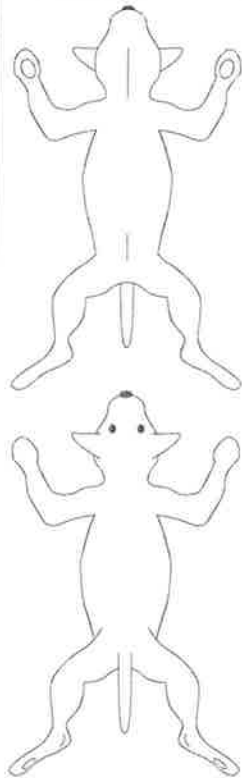
センター受付No. \_\_\_\_\_

依頼日	西暦 年 月 日	電話番号	
病院コード		FAX	
病院名		E-mail	歴史のある施設記入

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"/> 避妊済 ・ <input type="checkbox"/> 今回処置 )		

検体性状	採材	<input type="checkbox"/> 外科切除 ( <input type="checkbox"/> 完全切除 <input type="checkbox"/> 部分切除 / <input type="checkbox"/> 全て送付 <input type="checkbox"/> 一部送付 ) <input type="checkbox"/> パンチ <input type="checkbox"/> Tru-cut <input type="checkbox"/> 内視鏡 ( <input type="checkbox"/> 上部 / <input type="checkbox"/> 下部 ) <input type="checkbox"/> FNA <input type="checkbox"/> スタンプ <input type="checkbox"/> 塗抹				
	性状	<input type="checkbox"/> 単発 <input type="checkbox"/> 遊離 <input type="checkbox"/> 結節性 <input type="checkbox"/> 柔軟性 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 再発病変 <input type="checkbox"/> 多発 <input type="checkbox"/> 固着 <input type="checkbox"/> 浸潤性 <input type="checkbox"/> 弾力性 <input type="checkbox"/> 脱毛 <input type="checkbox"/> 付属リンパ節腫大 <input type="checkbox"/> 硬固 <input type="checkbox"/> 自潰				
	大きさ	( _____ ) × ( _____ ) × ( _____ )				

採取部位  
詳細



検体の特徴、臨床経過などをご記入ください。

(担当医: \_\_\_\_\_)

送付検体	組織 ( _____ ) 個、容器 ( _____ ) 個、スライド ( _____ ) 枚 / 固定 ( 済 ・ 未 )
------	---

※乳腺腫瘍検査の場合記入	腫瘍検査 ( _____ ) 個、片側乳腺検査 ( 右 ・ 左 )、両側乳腺検査	※腫瘍の個数、検索範囲によって料金が異なります
--------------	--	-------------------------

別料金サービス	<input type="checkbox"/> 標本返却 ( HE標本は有料、塗抹標本は無料 ) <input type="checkbox"/> ミクロ写真 <input type="checkbox"/> マクロ写真 <input type="checkbox"/> 至急 ( 通常検査料+5000円 ) <input type="checkbox"/> ( その他 _____ )		
---------	---	--	--

報告形式	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail
------	--

特記事項	
------	--