

病理検査依頼書

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	変更あり・未記入

飼主名	<small>カタカナでご記入ください</small>	動物名	<small>カタカナでご記入ください</small>	カルテNo.	
-----	-----------------------------	-----	-----------------------------	--------	--

動物種		品種		体重	
-----	--	----	--	----	--

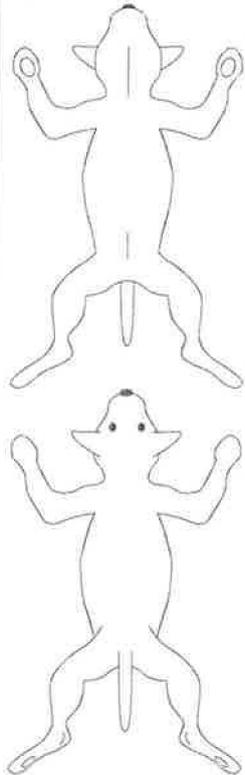
年齢	歳 ヶ月齢	性別	<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ (<input type="checkbox"/> 避妊済 ・ <input type="checkbox"/> 今回処置)
----	-------	----	--

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"/> バンチ <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					

検体性状	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	
------	--

※特殊染色・免疫染色および写真電子ファイルについては直接お問い合わせください。

2015年4月改定