

動物病理学的検査依頼書

初回依頼用

病院コード

(提出用)

番
セ
ン
タ
ー
号

病院名称

TEL()

提出医

Dr.

採取日

20

88

年

88

月

88

日

オ
カ
ナ
ー
名

殿

カル
テ
No.

ペ
カ
ナ
ー
名

ちゃん

年
齢

88

ヶ月

才

性

♂

♀

去勢
避妊

未済

今回

分

イヌ

ネコ

その他

()

その他分類・犬種等

病理学的検査

☐病理組織診断

☐細胞診断

☐その他()

検 査 材 料

☐組
織
検
体
数

88

個

☐スライド

8

枚

☐液状検体

()

採 取 部 位

- ☐乳腺 083
- ☐皮膚・皮下 189
- ☐肛門周囲 134
- ☐眼瞼 133
- ☐口唇 051
- ☐脾臓 024
- ☐口腔(舌・歯肉・歯) 190
- ☐精巣 085
- ☐子宮・卵巣 187
- ☐鼻(鼻腔) 031
- ☐耳(耳道) 138
- ☐胃 055
- ☐小腸 056
- ☐大腸 057
- ☐膀胱 073
- ☐リンパ節 023
- ☐眼球 132
- ☐肺 035
- ☐肝臓 062
- ☐胆のう 063
- ☐骨 121
- ☐尿 503
- ☐腹水 501
- ☐胸水 502
- ☐その他 ()

臨床的所見および検査の目的(診断の参考になりますので、必ずご記入ください)

大きさ: × × cm

硬 度: 硬 ・ やや硬 ・ 軟

境 界: 明瞭 ・ 不明瞭

病変底部: 固着 ・ 遊離

増大傾向: 変化なし ・ ゆっくり ・ 急速

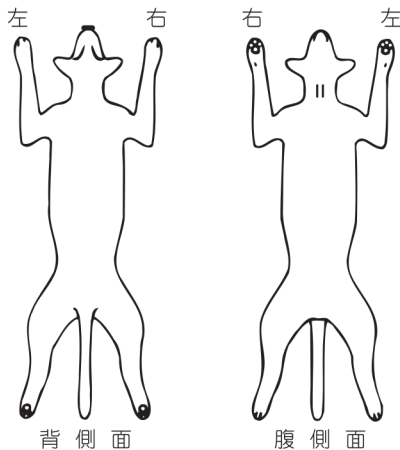
送付材料は病変の 全体 ・ 一部

既往の病理組織及び細胞診検査

年 月 日

番号 No.

診断



体表組織の場合、採取部位を
上記に○印にてご記入ください。

※組織診断: 組織材料は10%~20%ホルマリン固定液で固定してご提出ください。
検体が複数臓器になる場合は、検査料金が加算されることがありますので、事前に弊社までお問い合わせください。
※細胞診断: スライドは乾燥固定あるいは染色してご提出ください。液状検体は低温で保存し、検体のままご提出いただけます。可能であれば、沈渣物の塗抹標本も添えてください。

以下の欄は標本作製時に使用しますので、何も記入しないでください。

切り出し医(者)

() ()

ブロック数 ()

臓器保存 有 ・ 無

図 (無 ・ 1 ・ 2 ・ 3)

倍数

8

※太枠内を、黒ボールペンではっきりとご記入ください。

株式会社四国細胞病理センター 動物病理事業部

TEL(087)899-6016 FAX(087)899-6013

373

扱い

依頼

☒取消

数字

47

カタカナ

ガツ

受領日

年

月

日

受領印