

TEL : 042-707-7312
FAX : 042-707-7385

弊社記入欄

検体番号

コース	<input type="checkbox"/>	脱灰	<input type="checkbox"/>
診断済み	<input type="checkbox"/>	特染	<input type="checkbox"/>
チェック	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>

送付先

〒252-0238
神奈川県相模原市中央区星が丘 4-13-19
ドミール星が丘 B-103

※太枠内は必ず記入してください

依頼日 西暦 2013 年 4 月 1 日		病院名 CAPITAL 動物病院	
患者名 (カタカナで記入) イシハラ チビ さん		病院 ID 0	ご要望・メモ等 ・大容器のセット ・小容器 (容器のみ) ・依頼書 1 冊 送ってください。
動物種 犬 <input checked="" type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/>	品種 雑種	コース シンプルコース <input type="checkbox"/> スタンダードコース <input checked="" type="checkbox"/> ハイグレードコース <input type="checkbox"/>	
年齢 12 歳 3 ヶ月	体重 4.5 kg	性別 オス <input type="checkbox"/> 去勢オス <input type="checkbox"/> 今回去勢 <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 避妊メス <input type="checkbox"/> 今回避妊 <input checked="" type="checkbox"/>	

採材部位 右第 3 ~ 5 乳腺、子宮、卵巣、胃	組織数 5 個	容器数 2 個
切除方法 完全切除 <input checked="" type="checkbox"/> 部分切除 <input checked="" type="checkbox"/> → 胃	送付組織 切除組織を全て送付 <input checked="" type="checkbox"/> 切除組織の一部を送付 <input type="checkbox"/>	
特記事項 (複数の組織で切除方法が異なるなど、補足がある場合) 乳腺、子宮、卵巣は完全切除 (大容器) 胃は内視鏡バイオプシー × 2 (小容器)		

病変の大きさ 乳腺 1 × 1 × 1 cm 胃 3 ~ 5cm 程度	病変の数 単発 <input type="checkbox"/> 多発 <input checked="" type="checkbox"/> び慢性 <input type="checkbox"/>
発生状況 初回 <input type="checkbox"/> 再発 <input checked="" type="checkbox"/>	固着の有無 可動 <input type="checkbox"/> 固着 <input checked="" type="checkbox"/> (皮膚 <input type="checkbox"/> 底部 <input checked="" type="checkbox"/>)
転移の有無 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>	転移部位 (転移有りの場合) 肺 <input checked="" type="checkbox"/> リンパ節 <input checked="" type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>

臨床経過 (病歴、治療、今回の検査に至った過程、摘出時の状況など) 2013/1 右第 4 乳腺部腫瘍の切除 (検査番号 00000 悪性乳腺混合腫瘍) 今回、右第 4 ~ 5 乳腺部付近に φ1cm 程度の腫瘍を 3 個認めたため、右第 3 ~ 5 乳腺を切除した (下図参照)。ソ径リンパ節腫大、肺に小さな mass 様の陰影が複数あり、いずれも転移が疑われる。 同時に避妊も実施 (肉眼で病変は無し)。 また、胃に 3 ~ 5cm 程度の mass の存在が疑われたため、内視鏡バイオプシーも実施した。	弊社検査暦 <input checked="" type="checkbox"/> (検査番号 00000)	臨床的に疑われる疾患 腫瘍 <input checked="" type="checkbox"/> 非腫瘍 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
	CBC・血液検査項目異常 Cre 1.8	背 L R R L