

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

弊社記入欄

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

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"/>

※太枠内は必ず記入してください

<p>依頼日</p> <p>西暦 年 月 日</p>		<p>病院名</p>	
<p>患者名</p> <p>(カタカナで記入) さん</p>		<p>病院ID</p>	<p>ご要望・メモ等</p>
<p>動物種</p> <p>犬 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/></p> <p>猫 <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>	<p>品種</p>	<p>コース</p> <p>シンプルコース <input type="checkbox"/></p> <p>スタンダードコース <input type="checkbox"/></p> <p>ハイグレードコース <input type="checkbox"/></p>	
<p>年齢</p> <p>歳 月</p>	<p>体重</p> <p>kg</p>	<p>性別</p> <p>オス <input type="checkbox"/> 去勢オス <input type="checkbox"/> 今回去勢 <input type="checkbox"/></p> <p>メス <input type="checkbox"/> 避妊メス <input type="checkbox"/> 今回避妊 <input type="checkbox"/></p>	

<p>採材部位</p>	<p>組織数</p> <p>個</p>	<p>容器数</p> <p>個</p>
<p>切除方法</p> <p>完全切除 <input type="checkbox"/> 部分切除 <input type="checkbox"/> 送付組織 <input type="checkbox"/> 切除組織を全て送付 <input type="checkbox"/> 切除組織の一部を送付 <input type="checkbox"/></p>		
<p>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)</p>		

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

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)

弊社検査暦 (検査番号)

臨床的に疑われる疾患

腫瘍 非腫瘍

その他

CBC・血液検査項目異常

