

この用紙を含めて _____ 枚送付

組織病理検査依頼書

弊社記入欄	
受付日 /	

依頼主様情報

貴施設名 _____ ご担当医名 _____

採取日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 電話 _____

送付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住所 〒 _____

メール（報告書送付先） _____

※住所等はゴム印で代用可

患者様情報

飼主様名 _____ カルテNo _____

患者様名 _____ 動物種 _____

年齢 _____ 歳 _____ ヶ月 体重 _____ kg 品種 _____

性別 オス：去勢（未・済・今回） / メス：避妊（未・済・今回） 毛色 _____

検体関連情報

送付組織情報

•容器数（ホルマリン固定） _____ 個 •採取方法 病変全切除 ・ 一部切除 ・ 生検

•依頼検体数 _____ 個 •送付部位 _____

•送付 摘出全送付 ・ 一部送付

健康状態および疾患情報

•元気の有無 あり ・ なし •発生状況 初回・再発・不明 | 単発・多発・不明

•栄養状態 肥満 ・ 正常 ・ 消瘦 多発の場合その場所 _____

•発見時期 _____ •固着の有無 あり ・ なし ・ 不明

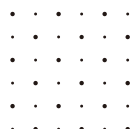
•増大傾向 なし ・ 一定速度 ・ 急速 ・ 不明 •固さ 軟・充実性・硬・その他(_____)

•病変境界 明瞭 ・ 不明瞭 •自潰の有無 あり ・ なし ・ 不明

•腫瘍発見時の大きさ _____ × _____ × _____ cm ・ 不明 •転移兆候の有無 あり ・ なし ・ 不明

現在の大きさ _____ × _____ × _____ cm ある場合その場所 _____

※提出容器、固定液はお客さまにてご用意ください。※依頼書はコピーを取り、控えとして保存してください。



ノーバウンダリーズ
動物病理

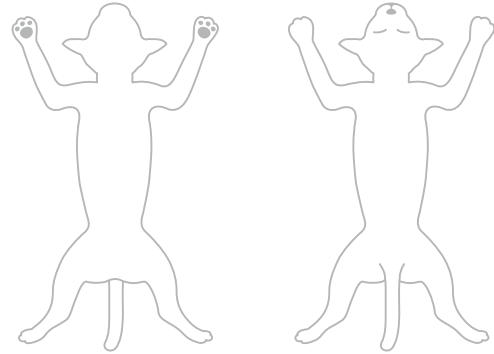
No Boundaries
Animal Pathology

TEL. 042-315-4092 FAX. 050-3153-0639
Mobile. 080-8904-3988 Mail. histo-nbap@dune.ocn.ne.jp
〒183-0053 東京都府中市天神町3-16-2 パレススメール1階南側

組織病理検査依頼書

臨床状況、臨床診断、治療歴、他の検査結果

病変の図や写真など、ご自由に記入・添付ください。電子データを下記メールアドレスにお送りいただいても構いません。
記入欄が足りない場合は本用紙をコピーしてご使用ください。



特に知りたい項目があればお書きください。可能な限り報告書に反映させます。
報告書に記載を希望しないご質問は、その旨明記いただければ、個別に電話かメールでお答えいたします。
治療法に関するご質問には基本的にお答えしかねますので、何卒ご了承ください。

※提出容器、固定液はお客さまにてご用意ください。※依頼書はコピーを取り、控えとして保存してください。

