

組織病理検査依頼書

病
院
下

下記二重線枠内に楷書にてご記入ください。
※必ず依頼書の写しをお取りになり保管ください。

セ
ン
タ
ー
下

依頼主様情報

施設名

住所 〒

※住所等はゴム印で代用可

電話番号

ご担当医名

診断書送付先メールアドレス (報告はメールのみとなります)
 @

患者様情報

カルテ番号

飼主様名 (カタカナのみ)

患者様名 (カタカナのみ)

年齢 (不詳なら幼若成老) 歳 ヶ月 毛色

動物種と品種

性別 雄・雌 去勢避妊 未・済・今回

送付組織情報 検体は病変の 全体・一部

採取日 年 月 日 スライド枚数 枚

容器数 個 検体数 個 (セカンドオピニオンの場合)

ライト検査 (所見欄割愛の割引検査) 希望 (ご希望の際はチェック☑してください)

採
取
部
位

記入例

- 依頼
 取消

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 右乳腺 083 | <input type="checkbox"/> 鼻鏡・鼻腔 031 | <input type="checkbox"/> 胆嚢 063 | <input type="checkbox"/> 胸腺・縦隔 022 |
| <input type="checkbox"/> 左乳腺 083 | <input type="checkbox"/> 耳 (耳道) 138 | <input type="checkbox"/> 骨・骨髄 121 | <input type="checkbox"/> 中枢神経・下垂体 041 |
| <input type="checkbox"/> 皮膚・皮下 189 | <input type="checkbox"/> 胃 055 | <input type="checkbox"/> 尾 097 | <input type="checkbox"/> 心臓・心嚢・大動脈 011 |
| <input type="checkbox"/> 肛門周囲 134 | <input type="checkbox"/> 小腸 056 | <input type="checkbox"/> 右前肢 095 | <input type="checkbox"/> 甲状腺・上皮小体 044 |
| <input type="checkbox"/> 眼瞼 133 | <input type="checkbox"/> 大腸 057 | <input type="checkbox"/> 左前肢 095 | <input type="checkbox"/> 副腎 043 |
| <input type="checkbox"/> 口唇 051 | <input type="checkbox"/> 膀胱 073 | <input type="checkbox"/> 右後肢 096 | <input type="checkbox"/> 腎臓・尿管・膀胱・尿道 071 |
| <input type="checkbox"/> 脾臓 024 | <input type="checkbox"/> リンパ節 023 | <input type="checkbox"/> 左後肢 096 | <input type="checkbox"/> 唾液腺 061 |
| <input type="checkbox"/> 舌・歯肉・歯 190 | <input type="checkbox"/> 眼球・眼窩組織 132 | <input type="checkbox"/> 骨格筋 124 | <input type="checkbox"/> 皮膚パンチ生検 (個数不問) |
| <input type="checkbox"/> 精巣 085 | <input type="checkbox"/> 肺・気管 035 | <input type="checkbox"/> 指・趾 098 | <input type="checkbox"/> 消化管内視鏡生検 (個数不問) |
| <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 187 | <input type="checkbox"/> 肝臓 062 | <input type="checkbox"/> 膵臓 064 | <input type="checkbox"/> その他 () |

臨床情報、疾患情報、診断医へのご要望など

- 記入欄が足りない場合は別紙に記載し、下記メールアドレスあるいはFax番号 (ノーバウンダリーズ) までご送付ください。
- 病理診断医はこの欄でしか患者様の臨床および疾患情報を知ることができませんので何卒ご協力をお願いいたします。模式図も歓迎いたします。
- 肉眼写真、臨床検査データ、画像データ等は病理診断に寄与しますので、必要に応じて下記アドレス (ノーバウンダリーズ) までお送りください。
- 腫瘍症例は発見時期、増大速度、転移兆候、マージンコメントの要・不要を「最低限」ご記載ください。

ご不明な点やお問い合わせは → 合同会社ノーバウンダリーズ動物病理 (代表: 三井) まで

☒ histo-nbap@dune.ocn.ne.jp または mitsui@no-boundaries.jp Fax: 050-3153-0639

Tel: 080-8904-3988 留守番電話に切り替わったらメッセージを残してください。お返事に日数を要することがありますのでご容赦ください。

以下の欄は標準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

検体送付先 (固定液が漏れないよう厳重に梱包願います)

(株) 四国細胞病理センター

〒761-0303 香川県高松市六条町712-1

Tel: 087-899-6011(代) Fax: 087-899-6013

☒ sbc-animal@sikoku-sbc.co.jp

ノーバウンダリーズ
動物病理 No Boundaries
Animal Pathology