

# 動物病理検査依頼書

※太枠内をご記入ください。

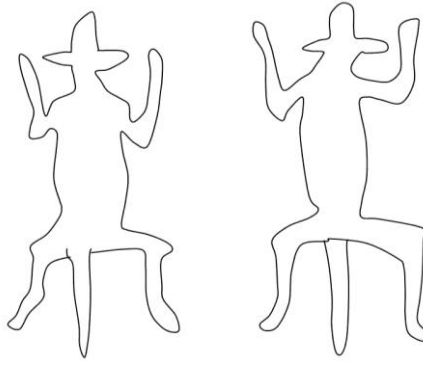
検体番号:

ご依頼日	年 月 日	
ご依頼者氏名	ご所属	TEL/FAX
ご住所	〒 -	メールアドレス
ご依頼内容	<input type="checkbox"/> 病理組織 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 剖検(病理組織検査含む)	
報告書	<input type="checkbox"/> 写真付き <input type="checkbox"/> 写真なし <b>報告形式</b> <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他( )	

検査材料	採取方法(生検・切除など)	採取日時
動物	品種・系統など	愛称 または <u>カルテ番号等</u>
性別	年齢 または <u>生年月日</u>	体重 g・kg
保存方法(10%ホルマリン等) 10%ホルマリン・冷蔵・他( )	死後経過時間(剖検例)	斃死 または <u>安楽死日時(剖検)</u>

臨床的に疑われる疾患・鑑別診断

経過・処置・投薬等(必要に応じて図示してください)



背側                      腹側

特記事項(他に何かございましたらご記入ください)精査を希望する臓器、特殊染色など

標本、残臓器等の返却を希望される場合は、別途料金がかかります。その際にご連絡ください。

株式会社 栄養・病理学研究所  
〒610-0231 京都府綴喜郡宇治田原町立川古池谷7-2  
TEL / FAX : 0774-99-7331 / 0774-99-7332  
E-mail : nakamura@kyoto-inp.cc (鏡検課 中村)

弊社記入欄

受付日:

報告日:

担当: