**標本作製依頼書**

NP:

B: S:

株式会社　栄養・病理学研究所　 **依頼日：**　　　　　　年　　　　月　　　　日

**依頼者：**　　　　　　　　　　 先生

**所属**：

**Tel**：

　下記の標本作製を依頼いたします。　　　　　 **e-mail**：

**ご依頼のコースをご指定下さい。（アイテムを選択してください。）**

　(1)パラフィンブロック作製のみ　　　　　　　 (2)凍結ブロック作製のみ

　(3)パラフィンブロック作製⇨薄切 　(4)凍結ブロック作製⇨凍結薄切

　(5)パラフィンブロック作製⇨薄切⇨染色　　　　 (6)凍結ブロック作製⇨凍結薄切⇨染色

　(7)薄切のみ　　　　　　　　　　　　　　　　 (8)凍結薄切のみ

　(9)薄切⇨染色 (10)凍結薄切⇨染色

　(11)染色のみ

　(12)免疫染色検討（お電話にてご相談ください）

　(13)イメージングMS用標本作製（お電話にてご相談ください）

＊骨や石灰化を含む検体は脱灰を☑ください。[ ] **脱灰**　(脱灰液：**アイテムを選択してください。**）

**検体材料について**

　**動物種　：**

　**臓器　　：（**臓器名：　　　　　 　**）**×**（**検体数：　　　　**）**

**（**臓器名：　　　　　 　 **）**×**（**検体数：　　　　**）**

 **（**臓器名：　　　　　 　**）**×**（**検体数：　　　　**）**

　**（**臓器名：　　　　　 　**）**×**（**検体数：　　　　**）**　**計：　 検体**

　**固定液　：**[ ] **10％Formalin**[ ] **Brazil**[ ] **4%PFA**[ ] **Carnoy**[ ] **Bouin**[ ] **未固定**

　**固定開始時間** 月　　　日　 　 時頃⇨**ｴﾀﾉｰﾙ変更開始時間**　　　月　　　日　　　時頃

**検体番号：**検体容器にも同様の記載をお願いいたします。

　**臓器貼り付け図（コース1から10,13を選択された方）**

　臓器がスライド上どの様な面になるか図でお示しください。

　印字例をご入力ください1行全角5文字半角8文字、4行入力可。

印字例

4行入力可

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　心臓

 ** **

**薄切条件（コース3から10,13を選択された方）**

（臓器名：　　 ）×（薄切厚さ μm）×（ｽﾗｲﾄﾞ枚数： ）／1ﾌﾞﾛｯｸ

（臓器名： ）×（薄切厚さ　μm）×（ｽﾗｲﾄﾞ枚数：　　　 　）／1ﾌﾞﾛｯｸ

 （臓器名： ）×（薄切厚さ　μm）×（ｽﾗｲﾄﾞ枚数：　　　 　）／1ﾌﾞﾛｯｸ

 （臓器名：　　 ）×（薄切厚さ　μm）×（ｽﾗｲﾄﾞ枚数：　　 　　　　　）／1ﾌﾞﾛｯｸ

例：（臓器名：肝臓）×（薄切厚さ4μm）×（ｽﾗｲﾄﾞ枚数：HE1枚, MT1枚，無染5枚）／1ﾌﾞﾛｯｸ

　　※眼球、関節の薄切は追加料金が発生いたします。　※１μmの薄切は事前のご相談が必要です。

　**1スライドガラス当たりの貼り付け切片枚数：**[ ] **１枚**　[ ] **２枚**

　　※検体の大きさにより2枚貼り付けられない場合がございます。

　　※貼り付け枚数が2枚の場合は追加料金が発生いたします。

　**スライドガラスの種類：**[ ] **剥離コートガラス**[ ] **ノンコートガラス**[ ] **持ち込みガラス**

　※松浪硝子社製　剥離コートガラス：MAS系フロンティア、ノンコートガラス：ファインフロストを使用

**染色条件（コース5 , 6 , 9 , 10 , 11 , 12を選択された方）**

　 **通常染色　　：**[ ] **Hematoxylin Eosin (HE)**

**通常特殊染色：**[ ] **PAS** [ ] **Alcian-Blue pH2.5 (AB)**

[ ] **Toluidine-Blue pH4.1 (TB)** [ ] **Luna**

**特別特殊染色：**[ ] **Masson’s Trichrome (MT)** [ ] **鍍銀** [ ] **オイル赤O**

[ ] **PAS-AB** [ ] **HID-AB** [ ] **PAM**

[ ] **Elastica van Gieson（EVG）**[ ] **Picrosirius Red**

　 **免疫染色**：（事前のご相談が必要でございます）

**標本返却希望日：**[ ] **特になし**[ ] **あり**（ 　月　　 日着）

　弊社到着後，パラフィンブロック作製まで3～5営業日，染色標本作製まで7~12営業日の作製日数を要します。

返却希望日により許可なく特急料金を適用させていただく場合がございます。お電話で事前のご確認をお願いいたします。

**標本ケース：**　（ [ ] **要**[ ] **不要**　）

　要　：標本ケース代金を別途頂きます。

　不要：標本ケースをお貸しします。ご返送費用はご負担いただきます。

**残臓器返却：**　（ [ ] **要**[ ] **不要**　）

**備考**：ご不明な点がございましたら標本作製課までご連絡いただきますようお願い申し上げます。

Tel：0774(99)7331 e-mail:hyohon-sakusei@kyoto-inp.co.jp