

骨髓検査セットも本依頼書をご利用ください

依頼日 <input type="text"/>	採取日 <input type="text"/>	受検番号 <input type="text"/>	※割引シールがあれば、印刷した本依頼書に貼り付けて送付ください
過去の依頼がある場合	過去の受検番号 <input type="text"/>	受検日 <input type="text"/>	
※西暦 yyyy/mm/dd		動物診療用	※何も書かないでください ※太枠内は記載必須事項です

依頼者情報

動物病院名 <input type="text"/>	動物診療用	動物病診会員ID <input type="text"/>	※郵送は有料
獣医師氏名 <input type="text"/>	先生	報告手段 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> Eメール <input type="checkbox"/> 会員Web <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/>	
カルテ番号 <input type="text"/>	※FAX希望で 他病院名 <input type="text"/>	他病院 <input type="text"/>	
	他の病院へ送付したい場合	FAX番号 <input type="text"/>	

患者情報

ふりがな <input type="text"/>	ふりがな <input type="text"/>
オーナー姓 <input type="text"/>	オーナー名 <input type="text"/> 様
患者名 <input type="text"/> ちゃん	生年月日 <input type="text"/> or <input type="text"/> 歳 <input type="text"/> ヶ月
動物 <input type="text"/>	品種 <input type="text"/>
性別 <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> オス去勢 <input type="checkbox"/> メス避妊 <input type="checkbox"/> 不明	今回去勢・避妊しましたか? <input type="checkbox"/> はい

送付材料情報


<input type="checkbox"/> 一般細胞診断	採取部位 <input type="text"/>	※未固定・未染色・未封入スライド提出を推奨します。既染色の場合は、染色方法を臨床経過にお書きください。
<input type="checkbox"/> 液体サンプル	送付材料 <input type="checkbox"/> 直接と沈渣両方(推奨) <input type="checkbox"/> 沈渣塗抹のみ <input type="checkbox"/> 液体も送付(採取時刻 <input type="text"/> 時)	
<input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> その他(<input type="text"/>)		
性状 TP <input type="text"/> g/dl 色 <input type="checkbox"/> 無色 <input type="checkbox"/> 白濁 <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 赤色 <input type="checkbox"/> その他(<input type="text"/>)		
細胞数 <input type="text"/> / μ l 粘稠度 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 乳糜 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> 尿 採取方法 <input type="checkbox"/> 自然排尿 <input type="checkbox"/> カテーテル採尿 <input type="checkbox"/> 膀胱穿刺		
性状 比重 <input type="text"/> ビリルビン <input type="text"/> 糖 <input type="text"/> 潜血 <input type="text"/>		
pH <input type="text"/> ケトン体 <input type="text"/> 蛋白 <input type="text"/> その他 <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> 骨髓検査セット (細胞診+骨髓コア生検)	※以下の提出を推奨します。 ・血液塗抹の場合は、ニューメチレンブルー等の超生体染色済塗抹提出 ・骨髓の場合は、血液塗抹提出(血液塗抹検査料金は無料)	
<input type="checkbox"/> 骨髓細胞診断	CBCデータ記入欄	
<input type="checkbox"/> 血液塗抹検査のみ	Hct(%) <input type="text"/> MCV(fl) <input type="text"/> MCHC(%) <input type="text"/> WBC(/ μ l) <input type="text"/> Band(/ μ l) <input type="text"/> Seg(/ μ l) <input type="text"/> Lym(/ μ l) <input type="text"/> Mono(/ μ l) <input type="text"/> Eos(/ μ l) <input type="text"/> Plt(10^3 / μ l) <input type="text"/> その他のスライドの提出 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
写真 <input type="checkbox"/> あり	※件名に「病院名・患者名」を書き、photo@vpdc.jpへ送付ください	

臨床経過

臨床経過

提出スライドの染色法(染色済の場合)

※採取した組織の箇所を示すには、×や●を該当箇所に置いてください。



動物診療用 ※何も書かないでください

受領スライド数

未染色	既染色
<input type="text"/>	<input type="text"/>

※依頼書はコピーし、濡れない様に検体とは別の袋に入れて検体と共に送付願います。
 細胞診スライドは気化したホルマリンに触れない様にご注意願います。
 検体送付先: 動物病理診断センター 〒809-0011 福岡県中間市岩瀬1-4-11 TEL/FAX: 093-982-6639