

動物病理診断センター 皮膚病理(皮膚病)検査依頼書

依頼日 <input type="text"/> <small>※西暦 yyyy/mm/dd</small>	採取日 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 受検番号 <input type="text"/> 受検日 <small>動物診用 ※何も書かないでください</small>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <small>※割引シールがあれば、印刷した本依頼書に貼り、送付ください</small> </div> <small>※太枠内は記載必須事項です</small>
過去の依頼がある場合	過去の受検番号	<input type="text"/>		

依頼者情報

動物病院名 <input type="text"/>	動病診会員ID <input type="text"/>	<small>※郵送は有料</small>
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"/>	<small>※FAX希望で他の病院へ送付したい場合</small> 他病院名 <input type="text"/>	他病院 FAX番号 <input type="text"/>

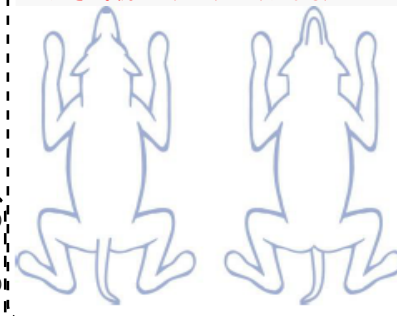
患者情報

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
飼育環境 <input type="checkbox"/> 室内(<input type="text"/> %)	<input type="checkbox"/> 屋外(<input type="text"/> %) <input type="checkbox"/> 他(<input type="text"/>) 毛色 <input type="text"/>

送付組織情報

検体数 <input type="text"/>	容器数 <input type="text"/>	採取部位 <input type="text"/>
写真 <input type="checkbox"/> あり	<small>※件名に「病院名・患者名」を書き、photo@vpdc.jp 宛に送付ください</small>	

臨床経過

<input type="checkbox"/> 斑 <input type="checkbox"/> 丘疹、局面 <input type="checkbox"/> 膿疱 <input type="checkbox"/> 水疱 <input type="checkbox"/> 膨疹 <input type="checkbox"/> 結節 <input type="checkbox"/> 紅斑 <input type="checkbox"/> 脱毛 <input type="checkbox"/> 鱗屑 <input type="checkbox"/> 痂皮 <input type="checkbox"/> 面皰 <input type="checkbox"/> 色素増加 <input type="checkbox"/> 色素減少 <input type="checkbox"/> 表皮小環 <input type="checkbox"/> 苔癬化 <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> 亀裂 <input type="checkbox"/> その他(<input type="text"/>)	<small>※病変の分布を示すには画像上でテキストを入力してください。例: ×(ばつ) ●(くろまる)</small> 
痒みの程度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重度	
治療歴	
抗生物質(<input type="text"/>) 投与日・期間(<input type="text"/>) 反応(<input type="text"/>)	細菌・真菌培養/感受性&アレルギーテスト 細菌テスト <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 感受性 真菌テスト <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 感受性 アレルギーテスト <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ステロイド(<input type="text"/>) 投与日・期間(<input type="text"/>) 反応(<input type="text"/>)	
抗真菌薬(<input type="text"/>) 投与日・期間(<input type="text"/>) 反応(<input type="text"/>)	
外用薬(<input type="text"/>) 投与日・期間(<input type="text"/>) 反応(<input type="text"/>)	
ノミ駆除方法(<input type="text"/>) 使用頻度(<input type="text"/>) 反応(<input type="text"/>)	
除去食試験(<input type="text"/>) 期間(<input type="text"/>) 反応(<input type="text"/>)	

病変の様子を詳しく述べてください

臨床上の鑑別診断()

※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ご送付願います。
 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