

# 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>	<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> <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"/>	動物診会員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"/>

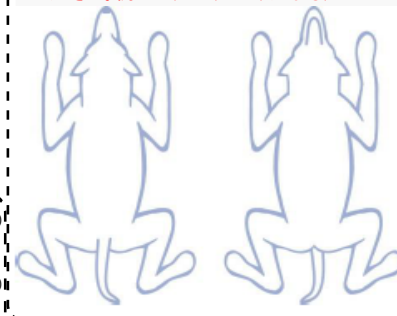
患者情報

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"/>	<small>※選択にない場合は右空欄↑に書いてください</small>
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	<small>↑イヌ ↑ネコまたはトリ ↑イヌネコトリ以外</small>
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"/> ) 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"/> )	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

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