

依頼日 採取日
※西暦 yyyy/mm/dd

過去の
依頼がある場合

過去の
受検番号

受検番号

受検日

動病診用 ※何も書かないでください

※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

※太枠内は記載必須事項です

依頼者情報

動物病院名 動病診会員ID

獣医師氏名 先生 報告手段 FAX Eメール 会員Web 郵送 ※郵送は有料

カルテ番号

※FAX希望で 他病院名 他病院 FAX番号
他の病院へ送付したい場合

患者情報

ふりがな ふりがな

オーナー姓 オーナー名 様

患者名 ちゃん 生年月日 or 歳 ヶ月

動物 品種

※選択にない場合は右空欄↑に書いてください

性別 オス メス オス去勢 メス避妊 不明 今回去勢・避妊しましたか？ はい ↑イヌ ↑ネコまたはトリ ↑イヌネコ以外

送付組織情報

検査項目 一般組織診断 骨髄コア 眼球摘出サンプル 骨含有サンプル ※断指、断脚、顎などのサンプルが該当します。

採取部位

検体数 容器数 写真 あり ※件名に「病院名・患者名」を書き、photo@vpdc.jp 宛に送付ください

切除法 完全切除 部分切除 完全切除で全部送付しましたか？ はい いいえ

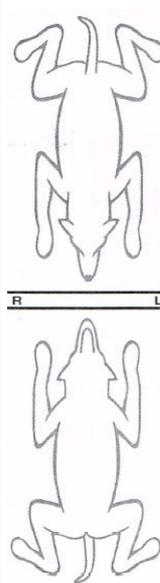
ウェッジ パンチ Tru-cut 内視鏡 セルブロック 他()

想定臓器カウント数 コメント ※マージン検査などで、当センターへ伝えたいことがあればお書きください

検査料の算出に必要です

臨床経過

位置



※採取した組織の箇所を示すには、画像上でテキストを入力してください。
 ×(ばつ)や●(くろまる)を変換させ、該当箇所に置いてください。

動病診用 ※何も書かないでください

受領容器数

受領検体数

※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。

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