

(剖検・死後検査)

依頼日 <input type="text"/> <small>※西暦 yyyy/mm/dd</small>	受検番号 <input type="text"/>	※割引シールがあればここに貼付けてください
同患者から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"/> <small>動病診用 ※何も書かないでください</small>	

※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	
カルテ番号 <input type="text"/>	※FAX希望で 他病院名 <input type="text"/> FAX番号 <input type="text"/>	他の病院へ送付したい場合

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"/> カ月 齢
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	体重 <input type="text"/> kg

死亡形態 <input type="checkbox"/> 突然死 <input type="checkbox"/> 自然死 <input type="checkbox"/> 安楽死(その方法: <input type="text"/>)
死亡日時 <input type="text"/>
発症期間 <input type="text"/> 関連写真 <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>
同じ飼育環境下にまだ他の動物はいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
はいの場合、その動物種と数を全て書いてください。(例: イヌ1、ネコ2)
それらのうち、同じような症状を認める個体はいますか？
認められる場合は、その動物種と数を書いてください。(例: ネコ1)

これまでの病歴や臨床経過、死に至った経緯や関連事項などをなるべく詳しくお書きください。
(死亡時の様子、環境の変化、新しい動物の導入、食餌の変更など)

今回の検査において、オーナーの同意は得られていますか？ はい いいえ
※いiepの場合、担当の先生へ確認の連絡をさせていただきます。

検査後に 火葬及び共同埋葬を希望しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	動病診用 ※何も書かないでください
あるいは 火葬及び遺灰の返還を希望しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

※火葬・共同埋葬・遺灰の返還については別途料金がかかります。詳細についてはWebサイトをご覧ください。
 ※ご遺体の送付方法についてはWebサイトをご覧ください。
 ※ご遺体送付前には必ず死後検査依頼専用携帯電話:080-3947-8732まで連絡を入れ、受入れ態勢を確認してからご送付ください。

※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