

依頼日
※西暦 yyyy/mm/dd

同患者から過去
の依頼がある場合 過去の受検番号

受検番号

受検日
動物診用 ※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 動物病診会員ID ※郵送は有料
獣医師氏名 先生 報告手段 FAX Eメール 会員Web 郵送
カルテ番号 ※FAX希望で 他病院名 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 ヶ月齢
動物 品種
※選択にない場合は右空欄↑に書いてください ※↑犬種のみ選択可。その他は右空欄↑に書いてください
性別 オス メス オス去勢 メス避妊 不明 体重 kg

死亡形態 突然死 自然死 安楽死(その方法:)
死亡日時
発症期間 関連写真 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
同じ飼育環境下にまだ他の動物はいますか? はい 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
※いいえの場合、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? はい いいえ
あるいは
火葬及び遺灰の返還を希望しますか? はい 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。

動物診用
※何も書かないでください

※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