

# c-kit遺伝子変異解析 依頼書

病理診断と合わせてご依頼される場合には、病理診断依頼書と本依頼書を合わせて提出してください。

|       |       |        |  |
|-------|-------|--------|--|
| 依頼日   | 年 月 日 | TEL    |  |
| 病院コード |       | FAX    |  |
| 病院名   |       | E-mail |  |

|     |              |     |  |        |  |
|-----|--------------|-----|--|--------|--|
| 飼主名 | カタカナでご記入ください | 動物名 | カタカナでご記入ください   | カルテNo. |  |
| 動物種 |              | 品種  |  | 体重     |  |
| 年齢  | 歳 ヶ月齢        | 性別  | <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ ( <input type="checkbox"/> 済 ・ <input type="checkbox"/> 今回処置 ) |        |  |
| 担当医 |              |     |  |        |  |

|        |      |  |    |  |
|--------|------|--|----|--|
| サンプル情報 | 診断名  | 肥満細胞腫 ・ GIST ・ (他 )  |    |  |
|        | 採取部位 | サンプル   | 備考 |  |
|        | ①    | <input type="checkbox"/> 新鮮(生)組織 (冷蔵・冷凍で送付)<br><input type="checkbox"/> 塗抹標本<br><input type="checkbox"/> パラフィンブロック |    |  |
|        | ②    | <input type="checkbox"/> 新鮮(生)組織 (冷蔵・冷凍で送付)<br><input type="checkbox"/> 塗抹標本<br><input type="checkbox"/> パラフィンブロック |    |  |

以下の注意事項をご確認いただきチェックをお願いします。

- 塗抹標本は肥満細胞が採取されていることを確認のうえ提出してください。  
(検査前に検体中に肥満細胞が存在するのか否かの確認は行いません)
- パラフィンブロック (ホルマリン固定組織) から作成したサンプルでは検出感度が低下します。

## 委託先 (株)ケーナインラボ 検査センター

住所 : 〒110-0005 東京都台東区上野3-5-2 S-1ビル  
 電話 : 03-5817-8130、FAX : 03-5817-8135  
 E-mail : kensa@canine-lab.jp

(この欄には記入しないで下さい)

|     |       |     |       |
|-----|-------|-----|-------|
| 受付日 | 受付No. | 報告日 | 請求コード |
| 備考  |       |     |       |