

サンリツセルコバ検査センター
病理検査依頼書

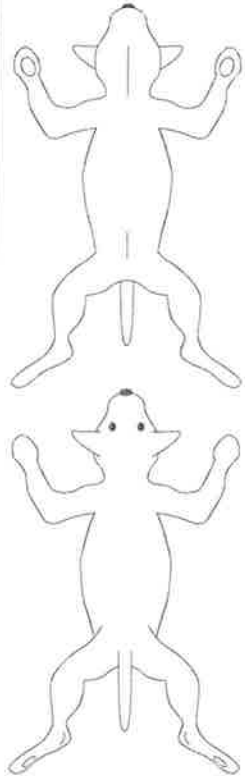
センター受付No. _____

依頼日	西暦 年 月 日	電話番号	
病院コード		FAX	
病院名		E-mail	歴史のある施設記入

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"/> 避妊済 ・ <input type="checkbox"/> 今回処置)		

検体性状	採材	<input type="checkbox"/> 外科切除 (<input type="checkbox"/> 完全切除 <input type="checkbox"/> 部分切除 / <input type="checkbox"/> 全て送付 <input type="checkbox"/> 一部送付) <input type="checkbox"/> パンチ <input type="checkbox"/> Tru-cut <input type="checkbox"/> 内視鏡 (<input type="checkbox"/> 上部 / <input type="checkbox"/> 下部) <input type="checkbox"/> FNA <input type="checkbox"/> スタンプ <input type="checkbox"/> 塗抹				
	性状	<input type="checkbox"/> 単発 <input type="checkbox"/> 遊離 <input type="checkbox"/> 結節性 <input type="checkbox"/> 柔軟性 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 再発病変 <input type="checkbox"/> 多発 <input type="checkbox"/> 固着 <input type="checkbox"/> 浸潤性 <input type="checkbox"/> 弾力性 <input type="checkbox"/> 脱毛 <input type="checkbox"/> 付属リンパ節腫大 <input type="checkbox"/> 硬固 <input type="checkbox"/> 自潰				
	大きさ	(_____) × (_____) × (_____)				

採取部位
詳細



検体の特徴、臨床経過などをご記入ください。

(担当医: _____)

送付検体 組織 (_____) 個、容器 (_____) 個、スライド (_____) 枚 / 固定 (済 ・ 未)

※乳腺腫瘍検査の場合記入 腫瘍検査 (_____) 個、片側乳腺検査 (右 ・ 左)、両側乳腺検査 ※腫瘍の個数、検索範囲によって料金が異なります

別料金サービス 標本返却 (HE標本は有料、塗抹標本は無料) ミクロ写真 マクロ写真 至急 (通常検査料+5000円) (その他 _____)

報告形式 FAX E-mail

特記事項 _____