株式会社 サンリツセルコバ検査センター

センター受付No.	P　　ー

↑弊社で病理診断をご依頼されている場合には
病理診断のセンター受付No.をご記入ください。

病理
特殊染色・免疫染色依頼書

依頼日	年　　月　　日
病院名	（病院コード：　　）

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	□♂　□♀　（□避妊去勢　済・□今回処置）		

特殊染色・免疫染色のご依頼のみの際に記入ください。

採取部位	
臨床経過・ 検体性状など	

特殊染色			
□	アルシアンブルー染色	□	PAM染色
□	ギムザ染色	□	PAS染色
□	グラム染色	□	ベルリンブルー染色
□	グロコット染色	□	マッソントリクローム染色
□	クリューラー・バレラ染色	□	ルクソールファストブルー染色
□	コッサ鍍銀染色	□	ワルチンスタリー染色
□	コンゴーレッド染色	その他	
□	チール·ネルゼン染色（抗酸菌染色）		
□	DFS染色		
□	銅染色（ルベアン酸染色）		
□	トルイジンブルー染色		

免疫染色	
□	リンパ腫セット（T/B鑑別）
□	GISTセット
その他	

※塗抹標本の免疫染色は
出来ません。

報告形式	□FAX □E-mail　（変更あるときに記入）
特記事項	