

(病 院 控)

形態学検査依頼票

受付日 年 月 日

コード	施設名	TEL	提出医	カルテNo.	採取日
		FAX			年 月 日
オーナー名		イヌ・ネコ その他分類・種類 ()	♂・♀	体重	コメント
ペット名					
				kg g	

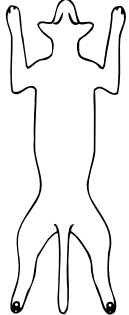
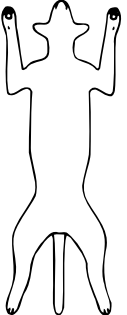
形態学的検査 (チェック欄に✓をお願い致します)					
チェック	コード	項目	チェック	コード	項目
	301	病理組織診断 (組織)		403	血液塗抹診断
	311	細胞診 (標本作成・未染色)		314	骨髓塗抹診断
	312	細胞診 (標本提出・染色済)		322	標本写真

V-BTAのご依頼 または過去のご依頼歴
有 ・ 無

スライド返却 (無償)
必要 ・ 不要

検査材料・採取部位 (ご提出材料は必ずご記入ください)	ご依頼下さる前にお読みください。
組 織 (採取部位) (検 体 数) 個	検査材料、採取部位等は左欄にご記入ください。 ご依頼項目は左下形態学的検査チェック欄に、スライド返却ご希望の場合は右下スライド返却欄に○印にてご記入ください。 (○印のない際は返却されませんので、ご了承ください。) 検体の状態、経過・臨床症状等は診断の参考になりますので必ずご記入ください。
スライド (採取部位) (標本枚数) 枚	
穿刺液 (採取部位) (採取材料)	
その他 ()	

検 体 の 状 態			
病 変 の 大 き さ	mm ×	mm ×	mm
増 大 傾 向	有	無	
底 部 固 着	有	無	
硬 さ			
形 状	球 形	不 整 形	
自 潰 の 有 無	有	無	
去 勢 ・ 避 妊 日	今 回	年	月 日
*血液、骨髓塗抹診断をご依頼時は、必ずCBCデータをご記入ください。			
WBC	/ μ l,	RBC	$\times 10^4/\mu$ l, Ht %, HGB g/dl, PLT $\times 10^4/\mu$ l

経過・臨床症状 (検査の目的)
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>背 側 面</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>腹 側 面</p> </div> </div> <p>採取部位を上記に○印にてご記入ください。</p>