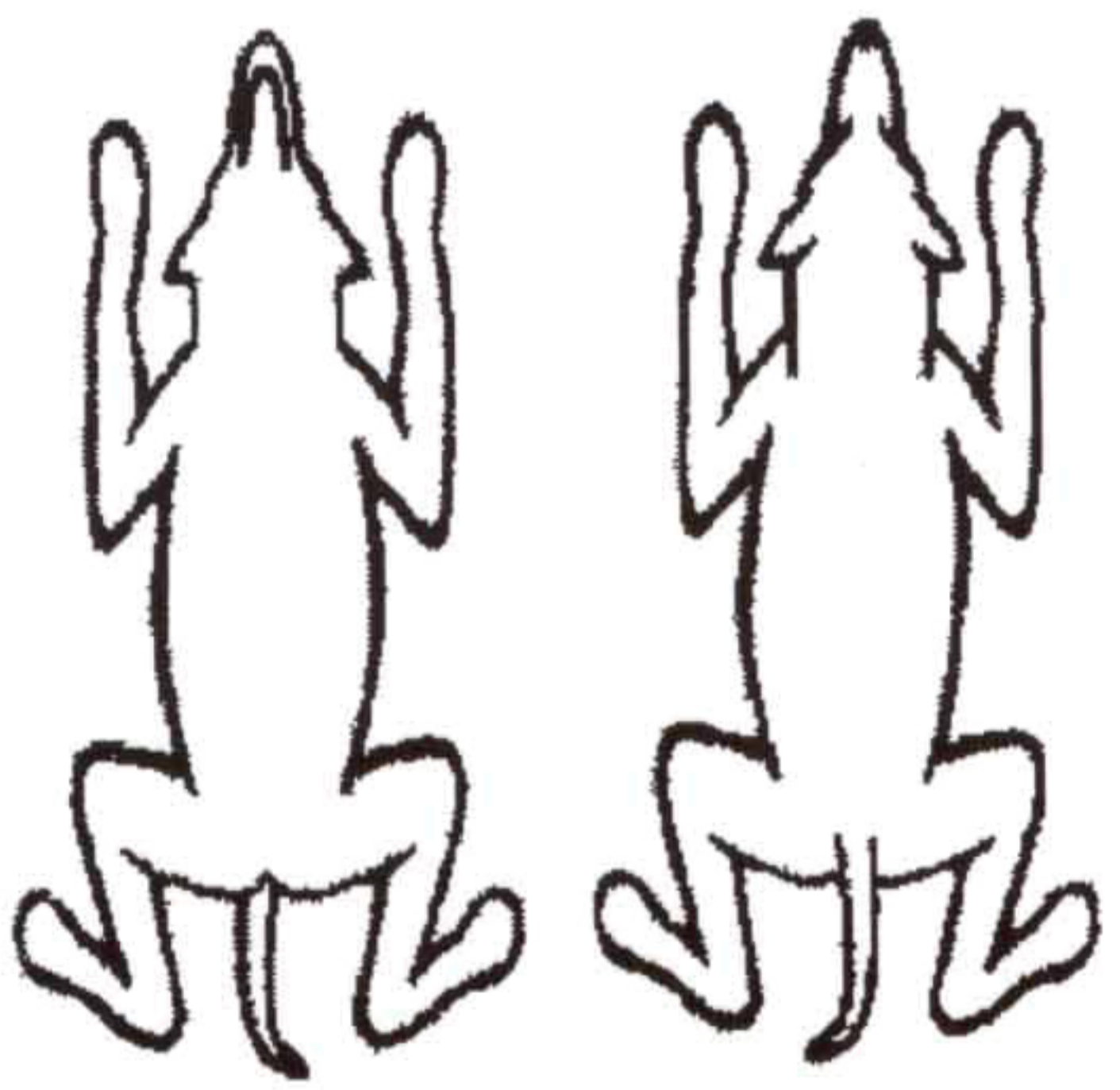


病理組織検査依頼書

依頼日	年 月 日	送付標本数	個
病院名		会員番号	

結果報告希望日	年 月 日			
報告方法	1. 通常	2. 写真付き	3. 飼い主用	
報告形式	1. メール	2. FAX	3. 郵送	4. 標本返送 5. その他
特殊検査内容				

患者情報

オーナー名		ペット名		
カルテ No		その他の情報		
動物種	イヌ・ネコ・()	系 統		
性 別	雄 ・ 雌	年 齢	才 月	
体 重	kg	避 妊/去 勢	有 ・ 無	
臨床診断名	臨床経過など			
検査目的				
標本採取日				年 月 日
採取部位				
大 き さ				
色				
硬 度				硬 ・ 軟
境界線	明瞭 ・ 不明瞭			
				

(AMR様ご記入欄)

受付番号:				
湿標本受領日:	年	月	日	
標本送付日:	年	月	日	担当者: 印

岐阜病理ラボラトリー

〒503-1305 岐阜県養老郡養老町祖父江2110 TEL 0584-32-5061 FAX 0584-32-3018