

どうぶつの総合病院

SYNERGY ANIMAL GENERAL HOSPITAL

臨床病理検査依頼書

● 病院名： ● 担当獣医師：

● ご住所：〒

● TEL： ● FAX： ● E-mail：(必須)

■ 患者様について

● 飼主名： ● 患者名：

● 動物種： 犬 猫 その他 () ● 品種： ● 年齢：

● 性別： オス メス 去勢・避妊済み ● 体重： kg

■ 検体の採取日時： 年 月 日 午後・午前 時頃 (保存温度)

■ 依頼検査項目について

CBC + 塗抹 + コメント

● 細胞診 体表・体内病変:部位 () 関節液:関節名 ()
 腹水 胸水 脳脊髄液(採取部位) その他

骨髓検査 + CBC + 塗抹 + コメント

■ 臨床経過、既往歴、病変について(大きさ、色、数)鑑別診断などを詳細にご記入ください。

■ 本症例のどうぶつの総合病院での検査歴(臨床病理・病理組織・画像診断)や受診歴

有 無 (受付番号・患者番号)

■ 診断書送付のご希望 E-mail Fax

< 当院記入欄 >

受付日： 受付番号：

提出試験管： スライド数： 染色済： 添付書類：