

■ 患者様について

飼主名：	動物種： <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	品 種：
患者名：	性 別： <input type="checkbox"/> 雄 <input type="checkbox"/> 雌 <input type="checkbox"/> 去勢雄 <input type="checkbox"/> 避妊雌
	年 齢：
死亡日時： 年 月 日 時頃	体 重：

■ 病歴（診断に有用な臨床データなどの資料を添付して頂けると幸甚です）

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<ご希望の検査内容を選択して下さい>

通常剖検

部分剖検

脳のみ

胸部臓器のみ

腹部臓器のみ

<オプションを選択して下さい>

病理組織検査

病変写真撮影

縫合返却（部分剖検にのみ適用）

火葬返却

脊髄摘出

■ 依頼獣医師様について

● 病院名：	● 担当獣医師：	
● ご住所：〒		
● TEL:	● FAX:	● E-mail:
● 最終報告書送付のご希望： <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Fax		

■ 下記事項をご確認の上、担当獣医師ご本人の署名をお願い致します。

1. 患者様の剖検を実施する旨、飼主様より承諾を得ていること
2. 最終報告書の送付に通常 3-5 週間程度要すること（検索内容や追加検査により異なります）

ご署名

< 当院記入欄 >

受付日：	受付番号：