

どうぶつの総合病院

SYNERGY ANIMAL GENERAL HOSPITAL

画像病理検査依頼書

● 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

■ 病理・細胞診検体の採取日時： 年 月 日 午後・午前 時頃 (保存温度)

■ 依頼検査項目について (病理・画像からそれぞれお選びください)

① 病理検査 細胞診： 部位 ()

病理組織検査： 部位 ()

② 画像検査 X線： 胸部 腹部 その他 ()

CT： 頭部 頸部 胸部 腹部 その他 () 造影(あり・なし)

MRI： 部位 ()

● データ送付方法 オンライン大容量データ転送サービス メール 郵送 (CD・USB・DVD)

■ 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：

提出容器： スライド数： 染色済： 添付書類：

画像データ： 郵送 () メール・データ便