

病理検査 遺伝子検査依頼書

提出用

病院ID	病院名	種別：イヌ ネコ その他（ ）	受付日	年	月	日
フリガナ			採取日	年	月	日
被検者名	品種：		体重：	kg / 増 ・ 減		
カルテNo	性別： ♂ ♀ ♂ ♀		年齢：	歳	ヶ月	
担当医	TEL		FAX			

【病理・細胞診 検査】

病理検査と遺伝子検査の同時依頼も可能です。

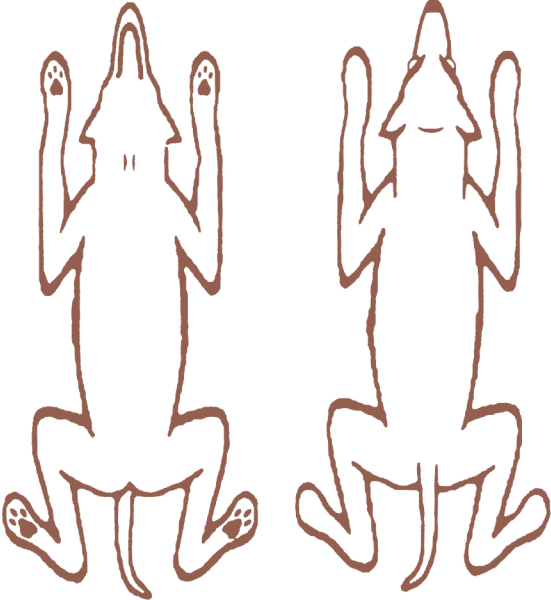
☐ 組織 ☐ 細胞診 依頼先： A ☐ B ☐ C ☐

【遺伝子検査】

☐ 肥満細胞腫c-kit遺伝子変異 ☐ リンパ球クロナリティ検査

☐ MDR1 遺伝子変異 ☐ その他（ ）

組織数（検体 個 容器 個）	スライド数（染色済： 枚 未染 枚）
その他（ ）	※遺伝子検査はスライド2枚以上御提出ください。

臨床診断名	材料採取日： 月 日
切除法： 完全 / 部分 （tru-cut、パンチ生検など）	大きさ：
採材部位： （全部・一部）	硬度：硬 ・ やや硬 ・ 軟 ・ やや軟
臨床経過 （腫瘍の発生時期、多発の有無、全身体表リンパ節の腫大化の有無など）	色：
	境界：明瞭 ・ 不明瞭
	増大傾向：変化なし・ゆっくり・急速
	採取部位の略図
	R L L R 
各種療法の施行期間と量 化 学 療 法：あり・なし（薬品名 ） ホルモン療法：あり・なし（薬品名 ） 放 射 線 療 法：あり・なし（薬品名 ）	
連絡事項	

標本返却 要 不要
（希望する場合別途料金がかかります。）

動物ケンサ(株) 本社 神奈川県横浜市保土ヶ谷区岩間町1-11-4
パレス天王町201号室
TEL 045-336-1090
大阪 大阪府豊中市原田中1-2-3
保健科学研究所3階
TEL 06-6852-2701