

【検体ご送付の前に】

- ・ 依頼書は**B5サイズ**で印刷願います。記入後**3枚コピー**し、うち**2枚を検体に同封**の上郵送し、残り**1枚を病院控えとして保管**してください。
- ・ 依頼書は全項記入必須となります。不明な項には「不明」と記入してください。
- ・ 検査費用は臓器種類に基づいて計算いたしますので、「臓器種類」はできる限りご記載ください。カウント方法が不明の場合にはお気軽にお問い合わせください。
- ・ 臨床経過・臨床診断・局所所見はモレなく簡潔に記入してください。臨床診断は仮診断で十分です。
- ・ 検体送付中の破損・乾燥・凍結を避けるようお願いします。
- ・ 電話連絡およびファクシミリ、E-mailでのご報告希望の場合には、希望事項欄の各項目を○印で囲んでください。**初めて希望される場合には、ファクシミリ番号およびメールアドレスを「その他」欄等にご記入**ください。

【組織検査について】

- ・ 採取した検体は、速やかに十分な量のホルマリンに入れてください。検査結果に影響が出るため、冷蔵・冷凍はお控えください。
- ・ 組織の固定には広口の十分な大きさの**容器**を使用し、**ペット名・病医院名を明記**してください。

【細胞診について】

- ・ 検査のため標本をすぐ弊社へ送付いただく場合には、風乾のみで結構です。
- ・ 細胞診の**スライドグラスやマップ**には、**ペット名・病医院名を明記**してください。
- ・ 採取方法も併せて記載してください。なお、血液塗抹と骨髓塗抹は未固定・未染色の標本もお送りください。

【追加検査について】

悪性リンパ腫のT/B鑑別、肥満細胞腫のc-kit遺伝子検査、ネコ伝染性腹膜炎(FIP)鑑別など、各種追加検査を承っております。詳しくはお電話等でお問い合わせください。

【病理検査のアマネセル 検体送付先】

- ・ R&Dセンター/〒063-8611 札幌市西区二十四軒1-7-35
- ・ 東京営業所/〒143-0016 東京都大田区大森北4-8-1 ユアサ大森ビル1F
- ・ 大阪営業所/〒541-0046 大阪市中央区平野町1-8-15 マルイト平野町ビル2F

【お問合せ】

- ・ TEL / 0120-982-727 FAX / 0120-982-728

病理検査報告書

受 付

〒

受付 No. _____

(病医院名)

御中

TEL _____

担当獣医師 _____

フリガナ				
飼主名				
呼び名	性 別 ♂・♀・不明			
動物種				
品 種				
年 齢	歳	体 重	kg	
採 取	年	月	日	時
臓器名もしくは採取部位		臓器種類		
プレミアム (バーチャルスライド DVD 付)	湿臓器入容器			
ゴールド (旧・病理組織検査)				
シルバー (旧・病理組織予備検査)	個			
細胞診	未染 () 枚	染色済 () 枚		

臨床経過	
臨床診断	
局所所見	
問題点	
希望事項	電話連絡・ファクシミリ・E-mail その他 ()

病理組織学的診断：

概 要：

切出
カセット： _____ 個

特 染： _____

株式会社 アマネセル

検査責任者 獣医師 高橋 秀俊

R&D センター 〒063-8611 札幌市西区二十四軒 1 条 7 丁目 35 番 TEL (011) 641-6500 FAX (011) 641-6767