病理（組織・細胞診）検査依頼書

高崎病理センターNo.

〒370-3523　群馬県高崎市福島町754番地1
高崎病理センター
TEL：027-372-1701　FAX：027-372-2040
E-mail：maiuchi@nifty.com
http://takasakibyouri.la.coocan.jp/

検体数		報告方法	☐郵送　☐FAX　☐E-Mail
メールアドレス			

ふりがな 動物病院名			
依頼獣医師氏名			先生
住　所	〒		
	TEL	（　　）	FAX　（　　）

飼主氏名		様	ふりがな		様
ペット名		号	ふりがな		号
動物種	○イヌ　○ネコ　○その他（　　）				
品　種			年　齢		
性　別	○雄　○雌　○去勢雄（　　年　　月）　○避妊雌（　　年　　月）				
飼育環境	☐野外　☐室内　☐その他（　　）		餌	☐ドライフード　☐その他（　　）	
既往歴					

検体採取日	年　月　日	依頼日	年　月　日	当該症例の前回登録番号	
摘出方法	☐全摘出　☐部分摘出　☐ツルーカット生検　☐パンチ生検　☐その他（　　）				
検体保存状況	☐10%ホルマリン　☐ホルマリン以外の固定液（　　）☐生　☐凍結　☐その他（　　）				

現症に関する情報および検査部位肉眼所見

発生部位		発生状況	☐単発　☐多発（　　ヶ所）☐びまん性　☐限局性
大きさ	㎝ ×　㎝ ×　㎝	硬　度	☐骨性硬　☐弾性硬　☐弾性軟　☐軟
固着状態	○固着（☐皮膚と ☐筋肉と）　○可動		
発生の有無	○初回発生（発生日：　年　月頃）○再発（☐切除／☐寛解後　ヶ月）○別部位に　○不明		
リンパ節腫大	○あり［○全身性 ○局所性（☐腋か　☐膝下　☐鼠径　☐下顎　☐その他）］　○なし		

送付材料の返却	○必要　○不要	スライドの送付	○必要　○不要	アナログ写真	○必要　○不要
デジタル写真	○必要　○不要	◆デジタル写真が必要な場合は見出し欄にメールアドレスをご記入下さい。			