

【検体ご送付の前に】

- ・ 依頼書はB5サイズで3枚印刷願います。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。
- ・ 依頼書は全項入力必須となります。不明な項には「不明」と入力してください。
- ・ 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入力してください。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、希望事項欄のチェックボックスをクリックしチェックしてください。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 大阪府中央区平野町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 年 月 日

〒

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				
動物種					
品 種					
年 齢	歳	体 重	kg		
採 取	年	月	日		
臓器名もしくは 採取部位		臓器種類 種			
<input type="checkbox"/>	プレミアム (バーチャルスライド DVD 付)	湿臓器入容器 個			
<input type="checkbox"/>	ゴールド (旧・病理組織検査)				
<input type="checkbox"/>	シルバー (旧・病理組織予備検査)				
<input type="checkbox"/>	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

その他

ファクシミリ

E-mail

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