NORTH LABO送

病理・細胞診組織検査依頼書

※太枠は必ず記入して下さい。

依頼日　／　／	採取日　／　／		報告　FAX・E-mail
病院ID	病院名		スライド返却（有料）　要・不要
（カタカナで記入）名前　ちゃん	カルテ番号	年齢	体重　kg　肥満・標準・削痩
動物種　イヌ・ネコ　その他（　）	品種	性別　♂・♀・⚥・⚲　去勢避妊日（　）	毛色
採取部位	臨床診断名		
切除方法　完全切除　部分切除	切除組織の全てを送付　切除組織の一部を送付	送付個数　※容器内の組織の総個数を記入して下さい	送付容器数
腫瘤の大きさ　×　×　cm	摘出時の境界　明瞭・不明瞭		過去の病理検査　番号　診断名
転移の兆候　あり　なし　不明	転移部位　リンパ節（　）・肺　その他（　）		

BP　－　＊ノースラボ記入欄

臨床経過・病歴・治療など詳しくお書き下さい。

担当医

＊依頼書・容器の希望（大・中・小・特小　ラミジップ 大・中・小・箱）
個数につきましてはこちらにお任せください。

＊D-LABでの追加検査をご希望の場合は、検査終了後お電話下さい。
同時にお申し込みされた場合は、診断名に関わらず、検査を行います。

NORTH LAB.
病理組織検査／ノース ラボ
〒003-0027
札幌市白石区本通2丁目北8-35
TEL(011)827-7407
FAX(011)827-7406
http://www.northlab.net

ノースラボ記入欄

臓　器	臓　器	ブロック数	