

病理

↑ 弊社で病理診断をご依頼されている場合には
病理診断のセンター受付No.をご記入ください。

特殊染色・免疫染色依頼書

依頼日	年 月 日		
病院名	(病院コード:)		
飼主名	<small>カタカナでご記入ください</small>	動物名	<small>カタカナでご記入ください</small>
動物種		品 種	
年 齢	歳 ヶ月齢	性 別	<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ (<input type="checkbox"/> 避妊去勢済 ・ <input type="checkbox"/> 今回処置)
		カルテNo.	
		体 重	

特殊染色・免疫染色のご依頼のみの際に記入ください。

採取部位	
臨床経過・ 検体性状など	

特殊染色		免疫染色	
アルシアンブルー染色		PAM染色	リンパ腫セット (T/B鑑別)
ギムザ染色		PAS染色	GISTセット
グラム染色		ベルリンブルー染色	その他
グロコット染色		マッソントリクローム染色	
クリューラー・バレラ染色		ルクソールファスト ブルー染色	
コッサ鍍銀染色		ワルチンスタリー染色	
コンゴレッド染色	その他		
チール・ネルゼン染色 (抗酸菌染色)			
DFS染色			
銅染色 (ルベアン酸染色)			
トルイジンブルー染色			

※塗抹標本の免疫染色は
出来ません。

報告形式	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail (変更あるときに記入)
特記事項	