

# リンパ球クローン性解析 依頼書

依頼日	年 月 日	電話番号	
病院コード		F A X	
病院名		E-mail	

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>	カルテNo.	
動物種	犬 or 猫	品種		体重	
年齢	歳 ヶ月齢	性別	<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ ( <input type="checkbox"/> 避妊済 ・ <input type="checkbox"/> 今回処置 )		
担当医					

依頼形式	<input type="checkbox"/> 病理検査とセットで依頼 (病理検査の依頼書は別途提出してください) <input type="checkbox"/> クローナリティ検査のみを依頼
------	---

サンプル情報	採取部位		検査材料	処理	保存方法	備考
	検体①			<input type="checkbox"/> 組織検体 <small>※手術、内視鏡など</small>	<input type="checkbox"/> 未固定(生理食塩水は不要)	冷凍
<input type="checkbox"/> DNA/RNA保存液 ※ <sup>1</sup>					冷蔵	
<input type="checkbox"/> パラフィン包埋ブロック ※ <sup>2</sup>					常温	
<input type="checkbox"/> 細胞検体 <small>※FNAサンプル、沈渣など</small>				<input type="checkbox"/> 未固定(生理食塩水は不要)	冷凍	
	<input type="checkbox"/> スライド塗抹	常温				
	<input type="checkbox"/> DNA/RNA保存液	冷蔵				
検体②			<input type="checkbox"/> 血液検体	<input type="checkbox"/> EDTA処理(必要量:0.3mL)	冷蔵	いずれかに○
			<input type="checkbox"/> その他 ( )	常温・冷蔵・冷凍		
			<input type="checkbox"/> 組織検体 <small>※手術、内視鏡など</small>	<input type="checkbox"/> 未固定(生理食塩水は不要)	冷凍	
				<input type="checkbox"/> DNA/RNA保存液 ※ <sup>1</sup>	冷蔵	
<input type="checkbox"/> パラフィン包埋ブロック ※ <sup>2</sup>	常温					
<input type="checkbox"/> 細胞検体 <small>※FNAサンプル、沈渣など</small>	<input type="checkbox"/> 未固定(生理食塩水は不要)	冷凍				
	<input type="checkbox"/> スライド塗抹	常温				
	<input type="checkbox"/> DNA/RNA保存液	冷蔵				
<input type="checkbox"/> 血液検体 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> EDTA処理(必要量:0.3mL)		冷蔵	常温・冷蔵・冷凍		

**サンプルが複数ある場合**

- 全てをまとめて1サンプルとして検査
- 各サンプルを別々に検査(サンプル毎に料金が発生します)

※1:DNA/RNA保存液の購入は弊社にお問い合わせください。  
 ※2:ホルマリン固定された検体ではDNAの断片化の影響により検査の精度が低下することをご了承ください。

下記のいずれかをチェックしてください

- 検査前に検体量不足が疑われるときには連絡が欲しい  
※あくまでも目視での判断です。検体の状態によっては事前のご連絡ができない場合もありますので、予めご了承ください。  
 また、検体量不足で報告書が発行された後に、再検査はできません。
- 検体量不足が疑われても検査を続行する(追加サンプルの採取が困難な場合など)

(この欄には記入しないで下さい)

委託先: 東京大学附属動物医療センター 遺伝子検査部

受付日		請求コード	
請求コード			
備考			