

エアデックmini検査依頼書

病院名	
病院ID	
ご担当医	先生

オーナー名 (カタカナ)	様
ペット名	ちゃん
動物種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他 ()
品種	
年齢	歳 月
性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> 今回去勢 <input type="checkbox"/> 去勢オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 今回避妊 <input type="checkbox"/> 避妊メス

* 検査可能薬剤の詳細についてはメニュー表をご覧ください。

* 枠内に入りきらない場合は特記事項へのご記入をお願いいたします。

希望検査

<input type="checkbox"/> 抗がん剤感受性検査	<input type="checkbox"/> 基本2剤 <input type="checkbox"/> 薬剤追加(+ 剤) <input type="checkbox"/> スクリーニング(10剤) — <input type="checkbox"/> 泌尿器系 <input type="checkbox"/> 簡易病理
<input type="checkbox"/> 病理組織検査	<input type="checkbox"/> 免疫染色
<input type="checkbox"/> 細胞診	<input type="checkbox"/> BRAF遺伝子検査

採材部位		全組織数	個	送付容器数	個
切除方法	<input type="checkbox"/> 完全切除 <input type="checkbox"/> 部分切除	送付方法	<input type="checkbox"/> 全てを送付 <input type="checkbox"/> 一部を送付		
病変の大きさ	× × cm	病変の数	<input type="checkbox"/> 単発 <input type="checkbox"/> 多発 <input type="checkbox"/> び漫性		
転移の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明	転移部位 (転移有の場合)			

抗生剤の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
抗生剤の名前	
抗生剤の使用期間	<input type="checkbox"/> 過去2週間以内に使用しており、効果はきれていると想定される。 (最終投与日:) <input type="checkbox"/> 現在使用している。(投与開始日:)

【現在の症状と治療歴をなるべく詳しく記入してください】 * 検査に至った過程、摘出時の状況など

本検査は、学会発表や論文にデータを使用させていただくことがあります。また、検体としてお預かりした細胞の一部を研究目的に使用させていただくことをお願い申し上げます。ご同意されない場合は恐れ入りますが以下までご連絡ください。

【弊社記入欄】

検体番号	<input type="checkbox"/> 脱灰
	<input type="checkbox"/> 特染・免染
	<input type="checkbox"/> その他

〒183-0054

東京都府中市幸町1丁目25-15 102号

TEL 【042-707-7674】

FAX 【042-707-7642】

E-mail: mini@airdec.jp

送付先

エアデック mini