

# エアデック mini 検査依頼書

記入日 年 月 日

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 ヶ月
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

病 院 名	
病 院 I D	
ご 担 当 医	先生
検 査 項 目 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 病理組織検査 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 抗がん剤感受性検査

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		
特 記 事 項					
病 変 の 大 き さ	× × cm	病 変 の 数	<input type="checkbox"/> 単発 <input type="checkbox"/> 多発 <input type="checkbox"/> び慢性		
		固 着 の 有 無	<input type="checkbox"/> 可動 <input type="checkbox"/> 固着 ( <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 底部)		
発 生 状 況	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再発		転 移 部 位 (転移有の場合)	<input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> リンパ節	
転 移 の 有 無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明			その他 { }	

【現在までの症状と治療歴をなるべく詳しく記入して下さい】 \* 検査に至った過程、摘出時の状況など

本検査は東京農工大学の研究の一環として行われるため、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保存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下さい。

【弊社記入欄】

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



〒183-0054  
東京都府中市幸町1-25-15 102号  
臼井 達哉 宛  
TEL 【042-388-7765】  
FAX 【042-707-7642】  
E-mail:mini@airdec.jp