細胞診依頼書

動物病院名：　　担当獣医師名：

電話番号：　　FAX 番号：

メールアドレス：　　住所：

オーナー名（ﾌﾘｶﾞﾅ）：　　ペット名（ﾌﾘｶﾞﾅ）：

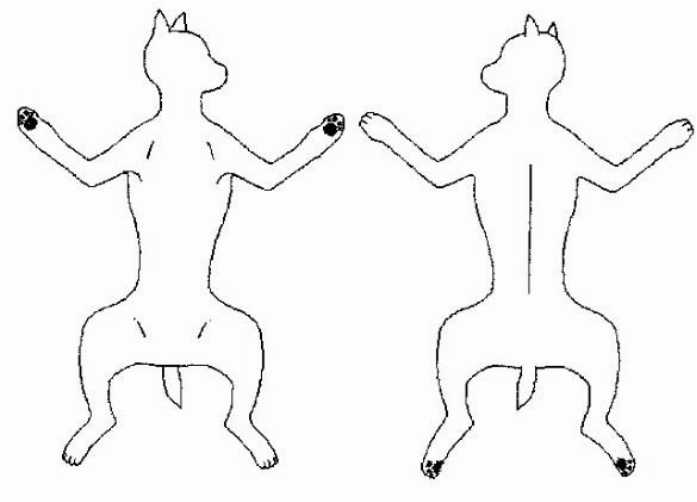
動物種：　　品種：　　生年月日：

性別：♂・♀　　避妊/去勢：有・無

臨床診断：

【採取部位】	【採取方法】	【スライド枚数】

【液体性状】

【材料】	【TP 濃度（g/dL）】	【総有核細胞数（個/μL）】	【比重】
腹水・胸水・尿・その他（　　）			

【臨床症状および経過、検査の目的などをご記入下さい】