年　　月　　日受付
ｶﾙﾃ No

病理組織検査依頼書

動物病院名：　　担当獣医師名：
住所：〒
電話番号：　　FAX 番号：
メールアドレス：
飼主氏名(カナ)：　　ペット名(カナ)：
動物種：　　品種：　　性別：　雄/去勢　雌/避妊
毛色：　　体重：　　Kg　生年月日：
臨床診断：
検体部位：
採取方法：　　採材日：　　月　　日

☆臨床経過、臓器・組織名、部位、色、採材時の所見を図を含め詳細に記入して下さい。