リンパ系腫瘍クローン性解析依頼書（犬・猫）

依頼日　　年　　月　　日

コード	施設名	TEL FAX	提出医	カルテ No.
オーナー名				
ペット名		犬 ・ 猫 種類（　　）		♂ ・ ♀ 才

提出検体　　＊ 同一個体で複数の検体をご依頼の場合は全てご記入ください

	検体の部位	採材法	採取日
記入例	腸間膜リンパ節	ＦＮＡ	○年　○月　○日
①			年　月　日
②			年　月　日
③			年　月　日

腫瘤、体表リンパ節の腫脹等が認められる場合、ご記入ください

体表リンパ節	L（cm）	R（cm）
下顎		
浅頸		
腋窩		
鼠径		
腰窩		
（体表リンパ節以外の） 腫瘤の部位・サイズ		

既往症・現症　　（現症として皮膚病がある場合、部位と疾患名についてもご記入ください）

感染の有無（猫のみ）	FeLV：（陰性 ・ 陽性 ・ 不明）	FIV：（陰性 ・ 陽性 ・ 不明）

有限会社カホテクノ
〒820-0067 福岡県飯塚市川津 680-41
福岡県立飯塚研究開発センター453 号室
TEL:0948-26-1660　FAX:0948-26-1656