# リンパ系腫瘍クローン性解析依頼書

依頼日　　年　　月　　日

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

☐ E メールによる仮報告を希望　（チェックなしの場合やメールアドレスが未登録の場合は、FAX での仮報告となります）

**提出検体**　＊ 本検査の２検体目以降は割引料金となります

| | 検体の部位 | 採材法 | 採取日 | 検体番号（弊社記入欄） |
|---|---|---|---|---|
| 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 | |

組織などは生食に浸漬してお送りください（ホルマリン液に浸漬されている場合はできるだけ速やかに生食に置換してください）

**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 | | |
| 膝窩 | | |
| （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