

検査依頼表 (*:必ずご記入ください)

当社受付者:

依頼日 年 月 日

施設名	*			
担当者名	*		主治医	
電話	*			
FAX	*			
メールアドレス	*			
患者名	*	(カタカナ表記)		
臨床診断名	*			
検体名	選択	血液 (ml) 組織 (名: 、ホルマリン固定・未) 細胞 (名: 数: × 10E)、拭い液		
結果報告	ご指定下さい	通常: 検体受取後 5 ~ 7 日 至急: 月 日まで希望 (検体受取後 3 日以内) *** 至急の場合、費用は割増となります。お問い合わせください。*** 細胞診の場合は、至急の対応は出来ません。		
報告形式	選択	郵送 ・ PDF ファイル (メールアドレスを必ずご記入下さい。) ・ 両方		

遺伝子関連検査

検査のみ	検査+細胞診	コード	項目名	動物種
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G0003	T細胞レセプター(TCR)γ鎖再構成 + 免疫グロブリン(Ig)H鎖再構成	イヌ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G0010	同上	ネコ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G0004	c-kit 遺伝子異変	イヌ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G0005	ヘモバルトネラ感染	ネコ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G0006	バベシア感染	イヌ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G0007	ネコヘルペスウイルス-I (FHV-I) 感染	ネコ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G0008	クラミジア感染	ネコ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G0009	ヘルペスウイルス+クラミジア感染	ネコ

細胞表面マーカー

チェック	コード	項目名	動物種
<input type="checkbox"/>	F0006	リンパ球表面マーカー T/B セット (CD3, CD4/CD8, s-IgG/CD21)	イヌ

遺伝子関連検査+細胞表面マーカー

検査のみ	検査+細胞診	コード	項目名	動物種
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GF0001	G0003 + F0006 (TCR, Ig 遺伝子再構成+細胞表面 T/B セット)	イヌ

コピーをとって、依頼者控として下さい。

(細胞診には別途「細胞診依頼書」が必要となります。
弊社ホームページよりダウンロード、又は御請求下さい。)

検体送付及びお問い合わせ先

有限会社ケーニンラボ

検査・培養研究室

〒180-0022 東京都武蔵野市境 2-27-5

日本獣医生命科学大学 学術フロンティア共同研究施設内

TEL & FAX: 0422-52-4585 (直通)

E-mail: kensa@canine-lab.jp

HP: www.canine-lab.jp