

提出用


VCL 特殊検査依頼書

受領日	受領者サイン	検査受付者
/		VCL

病院コード	病院名

提出医	発送日
カタカナでご記入下さい	月 日

報告形式 (複数選択可) ※未登録施設のみ	電話	未登録施設のみ	FAX	未登録施設のみ
郵送 ・ FAX ・ PDFファイル (Eメール)	メール	未登録施設のみ		

チェック	検査項目
✓	SFTSV 遺伝子検査
✓	
✓	

株式会社ベツクリニカルラボ
VETS CLINICAL LABO

◀ SFTSV遺伝子検査以外の検査依頼の場合に
検査項目をご記入ください

記入例	検査ID この欄は未記入で お願いします	5123-1	ベツクリニカル ラボ	<input checked="" type="radio"/> 犬・猫	<input checked="" type="radio"/> ♂ <input checked="" type="radio"/> ♀
		EDTA (<input checked="" type="radio"/> 全血 or 血漿)		ポメラニアン	9才10ヶ月

No	検査ID	カルテNo.	オーナー名 (カタカナ 苗字のみ)	犬 or 猫	性別
		検査材料	ペット名 (カタカナ)	種類	年齢
1		カルテNo.		犬・猫	<input checked="" type="radio"/> ♂ <input checked="" type="radio"/> ♀
		EDTA (全血 or 血漿) 血清・その他 ()		その他分類・種類	才 ヶ月
2		カルテNo.		犬・猫	<input checked="" type="radio"/> ♂ <input checked="" type="radio"/> ♀
		EDTA (全血 or 血漿) 血清・その他 ()		その他分類・種類	才 ヶ月
3		カルテNo.		犬・猫	<input checked="" type="radio"/> ♂ <input checked="" type="radio"/> ♀
		EDTA (全血 or 血漿) 血清・その他 ()		その他分類・種類	才 ヶ月

※1枚で3検体分まで記入可能です

備考欄

■ SFTSV遺伝子検査 材料: EDTA (全血 or 血漿) or 血清 検体量: 0.5ml以上 保存: 冷蔵 報告日数: ~6営業日