

受付日 ID1

皮膚病理組織診断依頼書

お客様コード	336443
病院名	犬と猫の皮膚科 様

検体番号 : D-

検体送付日 年 月 日

スライド受領日 年 月 日

太枠内の情報を入力ください

病院 日 年 月 日

飼主様のお名前

ご依頼病院名

動物の名前

担当獣医師名

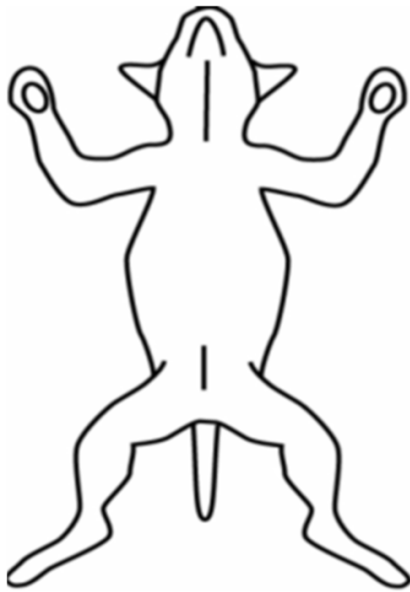
標本1

標本2

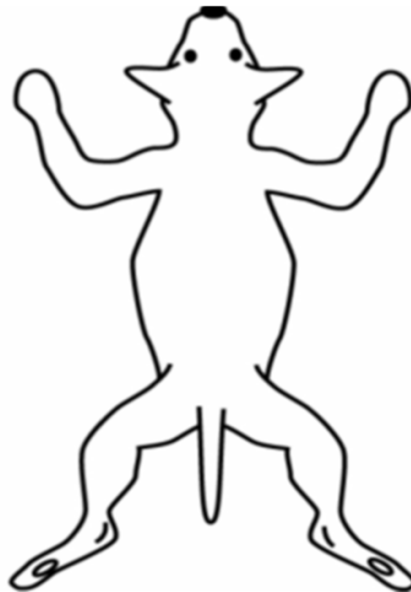
標本3

標本4

腹側面



背側面



標本5

標本6

弊社使用欄

<input type="checkbox"/>	アルシャンブルー	<input type="checkbox"/>	PAS
<input type="checkbox"/>	トリイジンブルー	<input type="checkbox"/>	ギムザ
<input type="checkbox"/>	チールネルゼン	<input type="checkbox"/>	アザン
<input type="checkbox"/>	マツソントリクローム	<input type="checkbox"/>	グラム

コメント