

🐾 遺伝子診断依頼書 🐾

依頼日 / /	採取日 / /	報告 Fax・E-mail	
病院ID	病院名	担当者名	
オーナー名(カタカナ)	ペット名(カタカナ)	カルテ番号	
動物種 イヌ・ネコ・その他()	品種	年齢	性別 ♂・♀・♂・♀
採取部位・提出材料・個数		臨床診断名	

検査項目(検査項目に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください)	
<input type="checkbox"/> 犬リンパ腫クロナリティ検査	<input type="checkbox"/> 猫リンパ腫クロナリティ検査
<input type="checkbox"/> 犬肥満細胞腫 c-KIT ITD変異検査	<input type="checkbox"/> 猫肥満細胞腫 c-KIT ITD変異検査
<input type="checkbox"/> 犬MDR 1 遺伝子変異検査	<input type="checkbox"/> ペルシャ猫PKD検査
<input type="checkbox"/> 犬パルボウイルス感染検査	<input type="checkbox"/> 猫ヘモバルトネラ検査
<input type="checkbox"/> 犬パルボ/野外株・ワクチン株検査	<input type="checkbox"/> 猫GM2 (Sandhoff病) 検査
<input type="checkbox"/> 犬ジステンパーウイルス感染検査	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 犬ジステンパー/野外株・ワクチン株検査	<input type="checkbox"/> フェレット ジステンパーウイルス検査
<input type="checkbox"/> 犬バベシア検査	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 犬レプトスピラ検査	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 犬GIST(消化管間質腫瘍) c-KIT変異検査	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

コメント

(パルボ、ジステンパー検査につきましては、ワクチン接種歴をご記入下さい)

・その他の遺伝子診断についてもお気軽にご相談下さい。DNA Diagnostic **D-LAB**®

・検査に使用したスライドはご返却できません。
参考スライドに関しましてはご明記下さい。

・ご不明な点はお問い合わせ下さい。

〒004-0062 札幌市厚別区厚別西2条4丁目2-10
TEL: (011) 887-7151 FAX: (011) 887-7152
E-mail: d-lab@dna-labo.com
<http://dna-labo.com>