

※病院様・患者様情報の薄赤色の部分は記入必須です。

病院ID						病院名	
------	--	--	--	--	--	-----	--

①	飼主名	カタカナでご記入ください	年齢	才	ヶ月	動物種	提出材料		IDEXX記入欄	
	ペット名	カタカナでご記入ください	性別	♂	♀	♂	♀	血清		本
	カルテNo		採取日	月	日	犬・猫	血漿	本		
						獣医師名	全血	本		
						尿	本			
健診ベーシック検査 (○をつけてください)						健診オプション検査 (○をつけてください)				
必須			選択可			オプション検査のみのご利用はできません				
Chem 18			CBC			AST/TG	Spec cPL/fPL			
235			238			237	2133/2129			
Chem 16						フルクトサミン	犬糸状虫			
231						2134	2125			
Chem 11			電解質			犬CRP	NT-proBNP			
241			232			2051	2135/2130			
						T ₄	UPC			
						2124	323			
						FT ₄	尿中一般			
						2052	322			
						犬TSH				
						2053				

②	飼主名	カタカナでご記入ください	年齢	才	ヶ月	動物種	提出材料		IDEXX記入欄	
	ペット名	カタカナでご記入ください	性別	♂	♀	♂	♀	血清		本
	カルテNo		採取日	月	日	犬・猫	血漿	本		
						獣医師名	全血	本		
						尿	本			
健診ベーシック検査 (○をつけてください)						健診オプション検査 (○をつけてください)				
必須			選択可			オプション検査のみのご利用はできません				
Chem 18			CBC			AST/TG	Spec cPL/fPL			
235			238			237	2133/2129			
Chem 16						フルクトサミン	犬糸状虫			
231						2134	2125			
Chem 11			電解質			犬CRP	NT-proBNP			
241			232			2051	2135/2130			
						T ₄	UPC			
						2124	323			
						FT ₄	尿中一般			
						2052	322			
						犬TSH				
						2053				

③	飼主名	カタカナでご記入ください	年齢	才	ヶ月	動物種	提出材料		IDEXX記入欄	
	ペット名	カタカナでご記入ください	性別	♂	♀	♂	♀	血清		本
	カルテNo		採取日	月	日	犬・猫	血漿	本		
						獣医師名	全血	本		
						尿	本			
健診ベーシック検査 (○をつけてください)						健診オプション検査 (○をつけてください)				
必須			選択可			オプション検査のみのご利用はできません				
Chem 18			CBC			AST/TG	Spec cPL/fPL			
235			238			237	2133/2129			
Chem 16						フルクトサミン	犬糸状虫			
231						2134	2125			
Chem 11			電解質			犬CRP	NT-proBNP			
241			232			2051	2135/2130			
						T ₄	UPC			
						2124	323			
						FT ₄	尿中一般			
						2052	322			
						犬TSH				
						2053				

※ご報告は、メール、FAX、郵送とも最終報告のみとなります。