

病理検体受付シート

シートは1頭あたり1枚をご使用ください。

依頼者名	〇〇〇株式会社	(ご担当者: *** 様)																				
農場名	A農場	(所在地: B 都道府県)																				
動物種	豚 ・ 鶏 ・ 牛 ・ その他																					
齢	95日齢																					
性別	メス ・ オス(去勢) ・ オス																					
死亡日	2018 年 9 月 28 日																					
採材日	2018 年 9 月 28 日																					
臨床症状	肥育舎にて、5日前からヘコヘコ症状散発、9/28に2頭死亡 うち1頭を解剖																					
所見(可能な場合、ご記入ください。)	肺が癒着している、胸水が溜まっている、腸管にガスが溜まっている。																					
送付臓器 (送付いただいた臓器に☑を記入してください。)	<table><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 肺 (1 個)</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 胃</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 心臓</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 十二指腸</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 肝臓</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 空腸</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 腎臓</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 回腸</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 脾臓</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 盲腸</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 扁桃</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 結腸</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 鼠径リンパ節</td><td><input type="checkbox"/> 直腸</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 肺門リンパ節</td><td></td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 腸間膜リンパ節</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> その他 ()</td><td></td></tr></table>		<input checked="" type="checkbox"/> 肺 (1 個)	<input checked="" type="checkbox"/> 胃	<input checked="" type="checkbox"/> 心臓	<input checked="" type="checkbox"/> 十二指腸	<input checked="" type="checkbox"/> 肝臓	<input checked="" type="checkbox"/> 空腸	<input checked="" type="checkbox"/> 腎臓	<input checked="" type="checkbox"/> 回腸	<input checked="" type="checkbox"/> 脾臓	<input checked="" type="checkbox"/> 盲腸	<input type="checkbox"/> 扁桃	<input checked="" type="checkbox"/> 結腸	<input type="checkbox"/> 鼠径リンパ節	<input type="checkbox"/> 直腸	<input checked="" type="checkbox"/> 肺門リンパ節		<input checked="" type="checkbox"/> 腸間膜リンパ節		<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input checked="" type="checkbox"/> 肺 (1 個)	<input checked="" type="checkbox"/> 胃																					
<input checked="" type="checkbox"/> 心臓	<input checked="" type="checkbox"/> 十二指腸																					
<input checked="" type="checkbox"/> 肝臓	<input checked="" type="checkbox"/> 空腸																					
<input checked="" type="checkbox"/> 腎臓	<input checked="" type="checkbox"/> 回腸																					
<input checked="" type="checkbox"/> 脾臓	<input checked="" type="checkbox"/> 盲腸																					
<input type="checkbox"/> 扁桃	<input checked="" type="checkbox"/> 結腸																					
<input type="checkbox"/> 鼠径リンパ節	<input type="checkbox"/> 直腸																					
<input checked="" type="checkbox"/> 肺門リンパ節																						
<input checked="" type="checkbox"/> 腸間膜リンパ節																						
<input type="checkbox"/> その他 ()																						
備考	9/27にアンピシリン注射																					