

検査依頼書

Koide Animal Hospital (Ikasa AMC,Co. Inc)

病院名	(担当者氏名：)	病院ID	
TEL		FAX	(24時間対応・非対応)
E-mail			
報告方法	FAX (コメント無)・TEL・E-mail (コメント付) (指定がなければE-mailとします)		

Case ID		飼主名		ペット名	
動物種	犬・猫・その他 ()		品種		
性別	♂・去勢♂・♀・避妊♀		年齢	歳	ヵ月
検査材料	血清(本)・血漿(本)・尿(本)		保存状態	凍結・冷蔵・室温	
採取日	西暦20	年	月	日	依頼日
					西暦20
					年
					月
					日

・甲状腺機能検査

サイロイドセット (FT4, T4) 血清・血漿 (0.5ml)

遊離サイロキシン (FT4) のみ 血清・血漿 (0.2ml)

血清総サイロキシン (T4) のみ 血清・血漿 (0.3ml)

検査目的：甲状腺機能低下症の診断・甲状腺機能亢進症の診断・治療モニター (○で囲む)

※甲状腺ホルモン投与：有・無 (最終投与日)

・副腎皮質機能検査

コルチゾール 血清・血漿・尿 (0.2ml)

※ACTH負荷試験, デキサメサゾン抑制試験の場合には投薬後の該当時間にもチェックして下さい。

前値 ACTH負荷後30M 1h 2h 4h 6h 8h (○で囲む)

低用量・高用量デキサメサゾン抑制試験1h 2h 4h 6h 8h (○で囲む)

検査目的：クッシングの診断・アジソン病の診断・治療モニター (○で囲む)

※副腎皮質ホルモン剤投与：有・無 (薬剤名： 投与量：)

当院記入欄

受付日		検査日		報告日	
検査数		費用	円 (前払い・後払い)		