**依頼者情報**

病院名：

獣医師名：

電話/FAX：

E-mail：

**動物情報**

飼い主名：

動物名：

カルテ番号：

動物種：

品種：

年齢：

生年月日：

採取日：

性別：

体重：

**検体内容**

採取部位：

採取方法：

固定液（10%中性緩衝ホルマリンなど）：

採取から固定までの時間：　　　　時間

**臨床経過**

**臨床診断：**