



依 頼 書

年 月 日

施 設 名	
所属 (部署)	
お 名 前	
ご 住 所	
連 絡 先	e-mail : _____ @ _____
	電話番号 :
	FAX 番号 :

検 査 目 的	
動 物 種	<input type="checkbox"/> マウス <input type="checkbox"/> ラット <input type="checkbox"/> ウサギ <input type="checkbox"/> ブタ <input type="checkbox"/> イヌ <input type="checkbox"/> その他 :
臓 器 名	
検 体 種 類	<input type="checkbox"/> 固定組織:固定液 (_____) 固定日: _____ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> パラフィンブロック <input type="checkbox"/> 凍結ブロック <input type="checkbox"/> 樹脂ブロック
	<input type="checkbox"/> パラフィン切片 <input type="checkbox"/> 凍結切片 <input type="checkbox"/> その他 :
検 体 数	

依 頼 内 容	ブロック作製 : _____ 個
	染色名 : <input type="checkbox"/> HE <input type="checkbox"/> MT (マッソ・トリクロム) <input type="checkbox"/> アザン <input type="checkbox"/> トルイジン青 <input type="checkbox"/> サフラン <input type="checkbox"/> Oファースト緑 <input type="checkbox"/> EVG (エラスチカ・ワングーソン) <input type="checkbox"/> ピクロシウス赤 <input type="checkbox"/> E-MT (エラスチカ・マッソ)
	<input type="checkbox"/> その他 : <input type="checkbox"/> 未染色標本作製 (各 _____ 枚)
	<input type="checkbox"/> 免疫染色 (_____)
	病理所見、診断 : <input type="checkbox"/> 有
	写 真 撮 影 : <input type="checkbox"/> 有
作 製 指 示 コ メ ン ト	