【注】：依頼項目チェック後、 病院様控え用にコピーを取って保管して下さい。

獣医師専用

Lipo TEST クール

Lipo TEST　検査依頼書

	／		／

検査依頼日	年　月　日	採血日	年　月　日
病院ID		病院名	
注意事項	■指定の封筒に血清検体0.05ml以上と本書を同封し、クール便(冷蔵)にてご送付ください。 ■ヘパリン加血漿は測定不可となりますのでご注意ください。	担当医	非感染検体であることを証明します。
次回送付希望アイテム	☐ 検査依頼書　☐ 検体バイアル　☐ヤマト運輸クール宅急便伝票 ☐ 保冷封筒　☐ オーナー様向けパンフレット		

飼主名	ふりがな	ペット名	フリガナ
動物種 ☐犬　☐猫　☐その他	年齢 才　ヵ月	体重 Kg	性別　♂　♂̸　♀　♀̸ （手術時期：　年　月　日）
品種		B.C.S.（ボディ コンディション スコア） 1 削痩　2 体重不足　3 理想体重　4 体重過剰　5 肥満	

■既往・現症　☐ あり　☐ なし

同一個体、2 回目以降のご依頼の場合はチェックしてください ☐

「あり」の場合、その病名を下記から選択（複数可）

☐糖尿病　☐胆泥症　☐甲状腺機能低下症　☐クッシング症候群

☐その他（　　）

■症状・治療歴、担当医コメント　（必要な際にご記入下さい。）

絶食時間をご記入下さい

☐ 12 時間以上

☐ 8 時間～ 12 時間未満

☐ 8 時間未満

※検査結果は個人情報を除外したうえで統計解析し、獣医療の発展のため学術目的で利用させて頂く場合がございます。

受付日	測定日	解析番号
／	／	

SPECTRUM LAB.JAPAN
Veterinary Allergy Diagnostics & Management

スペクトラム　ラボ　ジャパン　株式会社
〒152-0034　東京都目黒区緑が丘1-5-22-201
TEL:03-5731-3630　FAX:03-5731-3631