

クール便
使用



becSCREEN 検査依頼書

検査依頼日	20 年 月 日	病院名	
病院 ID			
次回送付	<input type="checkbox"/> 検査依頼書 <input type="checkbox"/> スワブ <input type="checkbox"/> ヤマト運輸クール宅急便伝票		

飼い主名	ふりがな	動物名	ふりがな
動物種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫	品種	
性別	<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀	年齢	才 ヵ月
採材部位	・手術部位 ・創傷 ・皮膚 ・耳道 ・口腔内 ・呼吸器 ・尿 ・その他 ()		

診断名・症状：

抗菌剤投与歴

抗菌剤名：

投与期間：

投与量 (mg/kg)：

投与回数 (SID,BIDなど)：

投与経路 (iv,imなど)：

備考 (必要な際にご記入ください)

担当獣医師

病院控としてコピーをお取り置きください。



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

英語記入者