【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。
本検査の依頼書(PDF)はHPからダウンロードできます。

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	封筒に検体と本書を同封し、冷蔵便にてご送付ください。 検体：血清または血漿(EDTA/ヘパリン処理)0.05～0.5ml ※不適検体:ヘパリン全身投与中の血液 (ヘパリンは血管内壁からリポタンパクの分解を促進するリパーゼを遊離する為)	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	ふりがな
動物種 □犬　□猫　□その他	年齢 才　ヵ月	体重 Kg	性別 ♂　♂̸　♀　♀̸
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

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