



# 血液総合検査依頼書

FAX:0155-66-6880



Email: obirin.animalenv@saturin.co.jp

お客様ID : \_\_\_\_\_

依頼者名 \_\_\_\_\_

採取日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

提出日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 1.生化学検査

※該当する項目に☑をお願いします。

<input type="checkbox"/> 総蛋白 (TP)	全身
<input type="checkbox"/> アルブミン (Alb)	
<input type="checkbox"/> 蛋白分画	

<input type="checkbox"/> ナトリウム(Na)	電解質
<input type="checkbox"/> クロール(Cl)	
<input type="checkbox"/> カリウム(K)	
<input type="checkbox"/> カルシウム(Ca)	
<input type="checkbox"/> マグネシウム(Mg)	
<input type="checkbox"/> 無機リン(P)	
<input type="checkbox"/> イオン化Ca	

<input type="checkbox"/> 白血球	血液一般
<input type="checkbox"/> 赤血球	
<input type="checkbox"/> ヘモグロビン	
<input type="checkbox"/> ヘマトクリット	
<input type="checkbox"/> 血小板数	
<input type="checkbox"/> 血液像	白血球分画

<input type="checkbox"/> ビタミンA	ビタミン
<input type="checkbox"/> ビタミンE	
<input type="checkbox"/> β-カロチン	
<input type="checkbox"/> ビタミンB1	
<input type="checkbox"/> ビタミンB6	
<input type="checkbox"/> ビタミンB12	
<input type="checkbox"/> 1.25(OH)2ビタミンD	
<input type="checkbox"/> 25-OHビタミンD	

<input type="checkbox"/> AST (GOT)	肝臓・胆管
<input type="checkbox"/> ALT (GPT)	
<input type="checkbox"/> LD(LDH)	
<input type="checkbox"/> ALP	
<input type="checkbox"/> γ-GT	
<input type="checkbox"/> 総ビリルビン	
<input type="checkbox"/> 直接ビリルビン	
<input type="checkbox"/> 総胆汁酸	

<input type="checkbox"/> 総コレステロール	脂質
<input type="checkbox"/> HDL-コレステロール	
<input type="checkbox"/> LDL-コレステロール	
<input type="checkbox"/> 中性脂肪 (TG)	
<input type="checkbox"/> 遊離脂肪酸(NEFA)	
<input type="checkbox"/> リン脂質(PL)	

<input type="checkbox"/> T3(トリヨードサイロニン)	甲状腺ホルモン
<input type="checkbox"/> T4(サイロキシン)	
<input type="checkbox"/> FT4(遊離サイロキシン)	
<input type="checkbox"/> TSH(甲状腺刺激ホルモン)	

<input type="checkbox"/> 病理組織診断	病理学的検査
<input type="checkbox"/> 組織標本作成のみ	

<input type="checkbox"/> コルチゾール	副腎皮質ホルモン
---------------------------------	----------

<input type="checkbox"/> プロゲステロン	妊娠ホルモン
<input type="checkbox"/> テストステロン	男性ホルモン

<input type="checkbox"/> ケトン体分画	エネルギー代謝
---------------------------------	---------

<input type="checkbox"/> 血糖	糖尿病
<input type="checkbox"/> グリコアルブミン	
<input type="checkbox"/> インスリン	

<input type="checkbox"/> リパーゼ	膵臓
<input type="checkbox"/> 血清アミラーゼ	

<input type="checkbox"/> フェニバルビタール	薬物検査 / 抗てんかん剤
<input type="checkbox"/> ゾニサミド	

<input type="checkbox"/> 結石分析	尿路系
-------------------------------	-----

<input type="checkbox"/> 血清鉄 (Fe)	貧血
<input type="checkbox"/> 総鉄結合能	
<input type="checkbox"/> 不飽和鉄結合能	

<input type="checkbox"/> CK (CPK)	心臓
-----------------------------------	----

<input type="checkbox"/> 血清鉄 (Fe)	微量金属
<input type="checkbox"/> 銅 (Cu)	
<input type="checkbox"/> 亜鉛 (Zn)	
<input type="checkbox"/> セレン (Se)	

<input type="checkbox"/> ヨーネ	抗体検査
<input type="checkbox"/> BVD	
<input type="checkbox"/> BLV(ウシ白血病)	

<input type="checkbox"/> 尿素窒素 (UN)	腎臓
<input type="checkbox"/> クレアチニン	
<input type="checkbox"/> 尿酸	
<input type="checkbox"/> 尿蛋白	

複数検体で、同一検査を希望される場合は、(1)-2を合わせてご利用下さい。

### ※その他、追加検査 (必要事項記入)


※本依頼書は、依頼者がサンプルを送送する時に必ずFAX/メール送付してください。(依頼書は検体に添付の事)

**FAX:0155-66-6880(24時間)**

株式会社帯広臨検センター動物環境検査事業部

TEL:0155-66-6868