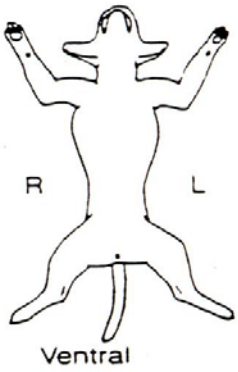
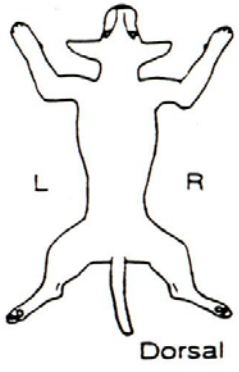
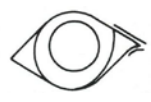

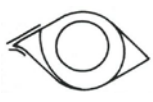



獸醫師		<b>皮膚病理</b>   <p>請依臨床觀察勾選：</p> <div> <input type="checkbox"/> 色素沉著 Hyperpigmentation    <input type="checkbox"/> 紅斑 Erythema    <input type="checkbox"/> 丘疹 Papules  <input type="checkbox"/> 脫色 Depigmentation    <input type="checkbox"/> 水泡 Vesicles    <input type="checkbox"/> 鱗屑 Scales  <input type="checkbox"/> 脫毛 Alopecia    <input type="checkbox"/> 膿皰 Pustules    <input type="checkbox"/> 斑塊 Plaques  <input type="checkbox"/> 苔癬化 Lichenification    <input type="checkbox"/> 結痂 Crusts    <input type="checkbox"/> 結節 Nodules         </div> 其他: _____
動物醫院		
地址		
電話		
E-mail		
寵物名字		
臨床編號		
物種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 貓 其他: _____	
品種		
性別	M    Mc    F    Fsp	
年齡		搔癢感: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 嚴重 疼痛感: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 嚴重 季節性: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 對類固醇反應: <input type="checkbox"/> 不佳 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 顯著
採樣日期		<b>腫瘤/腫塊病理:</b> 有無包被 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 與周邊界線 <input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 不清楚 肉眼轉移灶 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: _____ 影像學轉移灶 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: _____
		<b>眼睛病理:</b> <div> <div>           左眼    </div> <div>           右眼    </div> </div> 青光眼: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 送檢眼睛: <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼 送檢樣本: <input type="checkbox"/> 眼球 <input type="checkbox"/> 眼瞼 <input type="checkbox"/> 其他 眼壓 (mm Hg): 左眼: _____ 右眼: _____ Schirmer tear test (mm/min): 左眼: _____ 右眼: _____
送檢樣本: (數量、位置、形狀、大小、顏色、質地等)		
病歷: (臨床症狀、病程、臨床診斷、治療及反應等)		

請填寫本送檢單寄送至「百衛杜克病理診斷中心」

地址: 台北市大安區基隆路二段 223 號

電話: 02-2299-0983