

DATE (送檢日期)	20___ / ___ / ___
-------------	-------------------

* Blood Taken (取樣日期)	20___ / ___ / ___	時間：AM ___ PM ___
Sample no.(編號)	無需填寫	

* Clinic (動物醫院名稱)：	(* 中文)
	(* 英文)

* Vet (負責醫師)：	院內病歷號碼：
---------------	---------

Address (地址)：

Phone No. (電話)：

FAX No. (傳真)：

* 醫院/醫師 E-mail (電子信箱)：

* Owner' s Name(飼主姓名)：	(* 中文)
	(* 英文姓氏 Last Name)

* Animal' s Name(寵物名字)：	(* 中文) /	(* 英文)
-------------------------	-----------	---------

* Species(物種)：	<input type="checkbox"/> Canine 犬	<input type="checkbox"/> Feline 貓	<input type="checkbox"/> Ferret 貂
----------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

* Breed(品種)：	* Age(年齡)：
--------------	------------

* Sex(性別)： <input type="checkbox"/> M(公) <input type="checkbox"/> F(母)	* Intact or Neutered： <input type="checkbox"/> Intact(未結紮) <input type="checkbox"/> Neutered(結紮)
--	--

病史說明或其他需補充事項：

Test 檢測項目	<input type="checkbox"/> 狗/貓 葉酸(folate)+ B12 (cobalamin)： 禁食 12 小時 / 不抗凝血清 1ml/ 避光冷凍 / 請周三採血
	<input type="checkbox"/> 狗/貓 腸胃道功能檢測四項 TLI +PLI +葉酸(folate)+ B12 (cobalamin)： 禁食 12 小時 / 不抗凝血清 1.5ml/ 避光冷凍 / 請周三採血
	<input type="checkbox"/> 狗/貓 血清中的溴離子濃度(Bromide)檢測： 不抗凝血清 1ml/冷藏
	<input type="checkbox"/> 狗/貓 重症肌無力(Myasthenia Gravis)的血清抗體檢測： 不抗凝血清 1ml/冷藏
	<input type="checkbox"/> 狗 咬肌炎血清抗體(2M Ab)檢測： 不抗凝血清 1ml/冷藏
	<input type="checkbox"/> 貂 腎上腺功能檢測 (Adrenal Panel)： 不抗凝血清 1ml/冷凍

※ 問題處打 * 號者，為作業、診療與歸檔之用途，為必填問題，敬請檢查是否詳細填寫。

***** 請聯絡您的孟唐業務，或來電(02)2700-18210 安排取件，以便孟唐追蹤貨件。*****

※ 為增進台灣動物醫學界的資料完備與研究，請問您是否願意將此份檢驗結果提供日後可能之學術研究之用？
 願意 不願意 (請簽名與日期)_____