

病理組織検査依頼書

病医院名			提出日	
			カルテNo.	
フリガナ			診療科	
氏名			医師名	
生年月日	M・T・S・H	男・女	外来・入院	
※ご記入いただいた個人情報は検体検査の実施目的以外には利用いたしません。				
採取日時	年 月 日 AM・PM 時 分	固定方法	%ホルマリン、その他() %グルタルアルデヒド	
採取部位	<input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 回腸 <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> 盲腸 <input type="checkbox"/> 胆嚢、胆管 <input type="checkbox"/> 結腸 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 軟部組織 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 気管支 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> その他()			
検体数	<input type="checkbox"/> 固定容器入___個 <input type="checkbox"/> ブロック___個 <input type="checkbox"/> 染色標本___枚 <input type="checkbox"/> 未染標本___枚			
依頼項目	<input type="checkbox"/> HE染色 <input type="checkbox"/> 特殊染色() <input type="checkbox"/> 電子顕微鏡(透過・走査)			
臨床情報	臨床診断			
	臨床所見、経過、採取部位図示など			感染症の有無
				HBV (- ・ +) HCB (- ・ +) HIV (- ・ +) その他()
依頼事項	<input type="checkbox"/> 残余検体返却 <input type="checkbox"/> ブロック返却 <input type="checkbox"/> 迅速報告(希望日時:) <input type="checkbox"/> 標本作製のみ <input type="checkbox"/> その他()			
備考				

株式会社 花市電子顕微鏡技術研究所
 〒444-0076 愛知県岡崎市井田町字寺前36
 TEL: 0564-26-4337 FAX: 0564-26-4332
 e-mail : info@kenbikyo.com

受領者