

# 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