

院所名		提出日 月 日		カルテNo.														
患者名(姓) SAMPLE		採取日 月 日		至急報告 <input type="checkbox"/> コメント														
患者名(カタカナ)		採取時 時 分		<h2>病理組織検査 依頼書</h2>														
院内区分		科 <table border="1" style="font-size: small;"> <tr> <td>内科</td><td>外科</td><td>小児</td><td>精神</td><td>脳外</td> </tr> <tr> <td>呼吸</td><td>消化</td><td>整形</td><td>皮膚</td><td>耳鼻</td> </tr> <tr> <td>循環</td><td>産婦</td><td>胃腸</td><td>眼科</td><td>泌尿</td> </tr> </table> その他の科名 []				内科	外科	小児	精神	脳外	呼吸	消化	整形	皮膚	耳鼻	循環	産婦	胃腸
内科	外科	小児	精神	脳外														
呼吸	消化	整形	皮膚	耳鼻														
循環	産婦	胃腸	眼科	泌尿														
担当医 (カタカナ)		〇 患者名等の 枠の中には、カタカナ、ローマ字、数字でご記入下さい。 〇 検査項目の指示及び科名等のマークは 枠に/印をつけて下さい。 〇 項目等の取り消しは、—を重ねてお書き下さい。 〇 依頼書の折り曲げ、汚れにはご注意ください。		〇 1 臓器標本作製診断 880点 <input type="checkbox"/> HE標本作製のみ 〇 2 臓器標本作製診断 1760点 <input type="checkbox"/> 診断のみ (HE標本提出必須) 〇 3 臓器以上標本作製診断 2640点 <input type="checkbox"/> 動物病理検査 [種:]														
性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年齢 才 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	依頼項目		生検数 個 切除数 個 容器数 個														
生年月日 M T S H 西暦 年 月 日				追加項目 (別料金となります。検査案内参照)														

採 取 臓 器	消 化 器	婦 人 科	泌 尿 器・呼 吸 器・そ の 他
<input type="checkbox"/> 食道	<input type="checkbox"/> 口腔	<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 腎臓 注※
<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 扁桃	<input type="checkbox"/> 卵巣・卵管	<input type="checkbox"/> リンパ節
<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 虫垂	<input type="checkbox"/> 子宮腔部	<input type="checkbox"/> 膀胱
<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 肛門	<input type="checkbox"/> 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 前立腺
<input type="checkbox"/> 盲腸	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 鼻腔
<input type="checkbox"/> 結腸(上横下)	<input type="checkbox"/> 胆嚢	<input type="checkbox"/> 子宮内膜	<input type="checkbox"/> 気管支
<input type="checkbox"/> S状結腸	<input type="checkbox"/> 膵臓	<input type="checkbox"/> 子宮内容	<input type="checkbox"/> 肺
<input type="checkbox"/> 直腸		<input type="checkbox"/> 外陰	<input type="checkbox"/> 血管 注※
<input type="checkbox"/> その他 []		<input type="checkbox"/> 胎盤	<input type="checkbox"/> 甲状腺
			<input type="checkbox"/> 乳腺
			<input type="checkbox"/> 骨 注※
			<input type="checkbox"/> 骨髄 注※
			<input type="checkbox"/> 脾臓
			<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右

<input type="checkbox"/> H.pylori判定(ギムザ)	<input type="checkbox"/> 真菌(PAS)
<input type="checkbox"/> ER-PgR	<input type="checkbox"/> HER2
<input type="checkbox"/> (CD)スライド写真	拡大 [<input type="checkbox"/> 強・ <input type="checkbox"/> 中・ <input type="checkbox"/> 弱]
<input type="checkbox"/> 未染色標本 [枚数:] 枚	
<input type="checkbox"/> 特殊染色標本 [枚数:] 枚	
[染色名:]	
<input type="checkbox"/> 免疫染色 [抗体名:]	
<input type="checkbox"/> 蛍光抗体検査(セット) [追加:]	

注※：腎臓(PAS, PAM, AZAN)、骨髄(ギムザ)、血管(EVG)の臓器診断はHE以外に特殊染色を実施させて頂き診断いたします。(有償とさせていただきます)

*複写になっておりますので、ボールペンで強くご記入をお願いいたします。

臨床診断

臨床所見・経過

〇 臨床経過及び既往の細胞診、病理組織検査の結果、既往整理No.をご記入頂きますと、大変参考になります。

既往整理No. _____

診断(class) _____

最終月経 _____ 年 月 日より (日間)

整 (日型) ・不整

閉経 才 妊娠 週

妊娠 回 分娩 回

感染症 無 ・ 有 ()

No. _____ センター記入欄

注意事項

- 胃、腸はコルク板、ゴム板、板等に広げて固定して下さい。
(リンパ節郭清は固定前に実施し、容器にNo.等を記載し提出下さい)
- 採取された組織は、速やかに10%ホルマリン液(組織の20倍量が目安)で固定して下さい。
- 切り出し残の検体は、報告後1ヶ月間保管し処理いたします。(返却を希望の時は、コメント欄に記入をお願いいたします)
- ブロックは当社にて10年間保管管理させていただきます。(標本のみ作製時を除く)