

院所名		提出日		採取自		採取自		至急報告		コメント	
カルテNo.		月 日		月 日		時 分		<input type="checkbox"/>			
患者名(姓) 患者名(カタカナ)		内科		外科		小児科		精神科		脳外科	
		呼吸器		泌尿器		産婦人科		皮膚科		耳鼻科	
院内区分		循環器		消化器		眼科		泌尿器		その他	
担当医(カタカナ)		その他の科名									
性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>		年齢		入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>							
生年月日 M T S H 西暦		年 月 日		固 定		湿固定標本		乾燥標本		生・液状検体	
						枚		枚		本	
										採取方法	
										綿棒 <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> ヘラ <input type="checkbox"/> エンド <input type="checkbox"/> 穿刺 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	

SAMPLE



細胞診検査 依頼書

○ 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。
 ○ 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。
 ○ 項目等の取り消しは、—を重ねてお書き下さい。
 ○ 依頼書の折り曲げ、汚れにはご注意ください。

検 査 材 料	婦 人 科 150	呼 吸 器 190	乳 腺 190	泌 尿 器 190	体 腔 液 190	消 化 器・甲 状 腺 等 190
<input type="checkbox"/> 円蓋部	<input type="checkbox"/> 喀痰	<input type="checkbox"/> 右乳腺穿刺	<input type="checkbox"/> 自然尿	<input type="checkbox"/> 胸水	<input type="checkbox"/> 胆汁	
<input type="checkbox"/> 子宮腔部	<input type="checkbox"/> 二連痰	<input type="checkbox"/> 右乳頭分泌物	<input type="checkbox"/> 膀胱洗浄液	<input type="checkbox"/> 腹水	<input type="checkbox"/> 唾液腺穿刺	
<input type="checkbox"/> 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 三連痰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> カテ尿(膀胱)	<input type="checkbox"/> 腹腔洗浄液	<input type="checkbox"/> リンパ節穿刺	
<input type="checkbox"/> 子宮体部	<input type="checkbox"/> 蓄痰(YM式)	<input type="checkbox"/> 左乳腺穿刺	<input type="checkbox"/> 右カテ尿	<input type="checkbox"/> 心嚢液	<input type="checkbox"/> 右甲状腺穿刺	
<input type="checkbox"/> 外陰部	<input type="checkbox"/> 気管支擦過	<input type="checkbox"/> 左乳頭分泌物	<input type="checkbox"/> 左カテ尿	<input type="checkbox"/> 脳脊髄液	<input type="checkbox"/> 左甲状腺穿刺	
<input type="checkbox"/> 膣断端	<input type="checkbox"/> 気管支洗浄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 陰囊穿刺液	<input type="checkbox"/> 関節液	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 自己採取	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 精液	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> その他材料						

検 査 項 目	<input type="checkbox"/> 市川検診(婦人科)	<input type="checkbox"/> 市川検診(その他)	追 加 項 目	<input type="checkbox"/> 標本作製のみ	・パパニコロウ染色標本(検査材料欄のご記入をお願いします。)
<input type="checkbox"/> 船橋検診(婦人科)	<input type="checkbox"/> 船橋検診(その他)	<input type="checkbox"/> (CD)スライド写真	<input type="checkbox"/> 拡大[<input type="checkbox"/> 強 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 弱]	・種[
<input type="checkbox"/> 市町村検診(婦人科)	<input type="checkbox"/> 市町村検診(その他)	<input type="checkbox"/> 特殊染色	・染色名()		
<input type="checkbox"/> 老健法検診(婦人科)	<input type="checkbox"/> 老健法検診(その他)	<input type="checkbox"/> 動物検体	・種[

*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。

<p>臨床診断</p> <p>悪性の疑い <input type="checkbox"/> 有</p> <p>臨床所見・経過</p> <div style="text-align: center;">   </div>	<p>○ 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。</p> <p>既往整理No. _____ class (診断) _____</p> <p>最終月経 _____ 年 月 日より(日間) 整(日型)・不整</p> <p>閉経 才 妊娠 週 妊娠 回 分娩 回</p> <p>授乳 中・否</p> <p>ホルモン剤 使用中・未使用</p> <p>IUD使用 有・無</p>
---	---

注 意 事 項	
検体処理・受け渡し方法は下記を参照して下さい。	
検 体 名	処 理 方 法
婦人科検体	湿固定1枚~数枚
呼吸器・体腔液 泌尿器検体	専用容器にて提出
乳腺・甲状腺 その他検体	湿固定・乾燥固定1枚~数枚 専用容器にて提出

●湿固定方法
 検体塗抹後ただちに95%エタノールまたは固定用スプレーで固定して下さい。
 ●専用容器のご利用及び、その他ご不明な点がございましたら、営業担当者または細胞診検査室までお問い合わせ下さい。

受領印