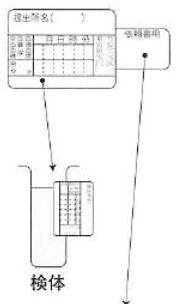


お願い

- 検体ラベルの「依頼書用」部分を下の欄へお貼り下さい。
- 2本以上の場合もすべてお貼り下さい。



- 依頼書用 1
- 依頼書用 2
- 依頼書用 3
- 依頼書用 4
- 依頼書用 5
- 依頼書用 6
- 依頼書用 7
- 依頼書用 8

病理組織検査依頼書(貴院控・受領書)

院所名

カルテNo.

患者名(姓) (カタカナ) **SAMPLE**

患者名(名) (カタカナ)

院内区分

担当医 (カタカナ)

性別 男 女 年齢 年 月 日 入院 外来

生年月日 M T S H 西暦 年 月 日

提出日 月 日 採取日 月 日 採取時 時 分

至急報告 コメント

病理組織検査 依頼書

科 内科 呼吸器 循環器 外科 消化器 泌尿器 小児科 皮膚科 整形外科 脳神経科 精神科 脳外科 耳鼻科 皮膚科 泌尿器科 眼科 歯科

名 その他の科名 []

○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。

依頼項目 1臓器 組織診 860点 HE標本作製のみ
 2臓器 組織診 1720点 診断のみ (HE標本提出必須)
 3臓器以上 組織診 2580点 動物病理検査 [種:]

採取臓器	消化器		婦人科		泌尿器・呼吸器・その他		生検数	個	切除数	個	容器数	個
	<input type="checkbox"/> 食道	<input type="checkbox"/> 口腔	<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 腎臓 注※	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> H.pylori判定(ギムザ)	<input type="checkbox"/> 真菌(PAS)					
<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 扁桃	<input type="checkbox"/> 卵巣・卵管	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> ER-PgR <input type="checkbox"/> HER2	<input type="checkbox"/> 電子顕微鏡検査						
<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 虫垂	<input type="checkbox"/> 子宮腔部	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 軟部組織	<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"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 肛門	<input type="checkbox"/> 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 鼻腔	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 特殊染色標本 [枚数:] 枚	[染色名:]						
<input type="checkbox"/> 盲腸	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 子宮内膜	<input type="checkbox"/> 気管支	<input type="checkbox"/> 関節	<input type="checkbox"/> 免疫染色 [抗体名:]	<input type="checkbox"/> 蛍光抗体検査(セット) [追加:]						
<input type="checkbox"/> 結腸(上横下)	<input type="checkbox"/> 胆嚢	<input type="checkbox"/> 子宮内容	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 血管 注※								
<input type="checkbox"/> S状結腸	<input type="checkbox"/> 膵臓	<input type="checkbox"/> 外陰	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 骨髄 注※								
<input type="checkbox"/> 直腸		<input type="checkbox"/> 胎盤	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 脾臓								
<input type="checkbox"/> その他 []			<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右									

追加項目(別料金となります。検査案内参照)

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)

○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。

臨床診断

臨床所見・経過

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

*複写になっておりますので、ボールペンで強くと記入をお願いいたします。

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)