

院所名 _____

カルテNo. _____

提出日 _____ 月 _____ 日

患者名(姓) _____

患者名(カタカナ) _____

採取日 _____ 月 _____ 日

採取時 _____ 時 _____ 分

至急報告 コメント _____

院内区分 _____

科名 _____

担当医(カタカナ) _____

性別 男 女 年齢 _____ 才 入院 外来

生年月日 M _____ T _____ S _____ H _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

採取方法 綿棒 ブラシ ヘラ(サイトピック) エンドサイト 穿刺吸引 その他

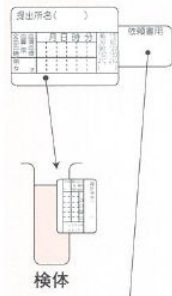
固定 湿固定標本 _____ 枚 乾燥標本 _____ 枚 生・液状検体 _____ 本

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。

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。



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"/> 嚔痰	<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"/> 子宮膈部	<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"/> 膈断端	<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 ()						

検診項目

市川検診(婦人科) 市川検診(その他)

船橋検診(婦人科) 船橋検診(その他)

市町村検診(婦人科) 市町村検診(その他)

老健法検診(婦人科) 老健法検診(その他)

追加項目

標本作製のみ ・追加項目を依頼される場合は、検査材料欄のご記入をお願いします。

LBC(ThinPrep)

LBC(SurePath)

特殊染色 ・染色名()

臨床診断

悪性の疑い 有

○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. _____
 class (診断) _____

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

授乳 _____ 中・否

ホルモン剤 使用中・未使用

IUD使用 有・無

臨床所見・経過

*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。

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	備考
婦人科検体	湿固定1枚~2枚	●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。
呼吸器・体腔液 泌尿器検体	専用容器にて提出	●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。
乳腺・甲状腺 その他検体	湿固定・乾燥固定1枚~2枚 専用容器にて提出	●LBC検体を提出の際は ThinPrep 又は SurePath のどちらかにチェックをして下さい。

- 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