

病理組織診断依頼書

北海道口腔病理診断所

検査センター番号

KH-

※これは組織診用の依頼書です。細胞診は細胞診用の依頼書を用いてください。

ご注意

3 2 1

患者名の漢字、及び生年月日は必ず記入してください。既往歴のヒモ付けに使用します
 固定材料は採取後なるべく早く10%ホルマリン液にいれてください
 学会発表等にて病理結果を使用する場合は予めご連絡ください

患者情報				依頼医情報	
フリガナ		性別		病院名	
氏名		殿			
生年月日	年	月	日	年齢	担当 先生
主訴：			部位：		
臨床診断：			標本瓶数： 個		
※患者ID (オプション)：			※依頼施設管理番号 (オプション)：		
臨床経過及び所見 (必要なら追加用紙を使ってください。 また、北大口腔病理既往番号があれば記入してください。なお当院の既往番号は必要ありません)					

上の太線の中をご記入ください

検体の送り先： 札幌市中央区北3条西18丁目2-2
 札幌臨床検査センター (歯科北村 宛)

切り出し	ブロック () 個 組織数 () 個	
	<input type="checkbox"/> 標本ダブル 日付・氏名	
	患者名 ブロック番号 検体瓶	確認欄