

医療機関名 ※:

当院使用欄

医療機関住所 ※:

医療機関電話 ※:

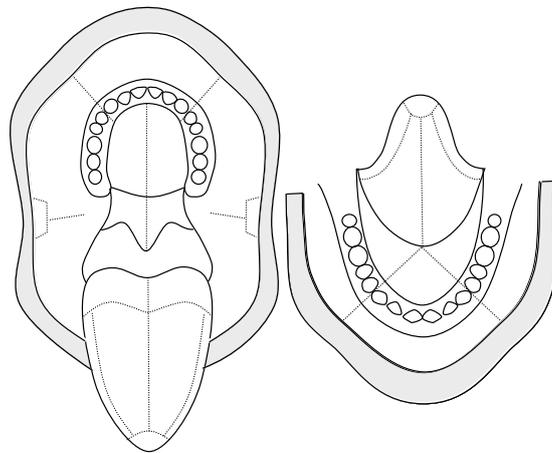
ご担当先生 ※:

※ の内容が入っていれば住所印でも構いません

病理検査申込書 鶴見大学歯学部附属病院 病理診断科

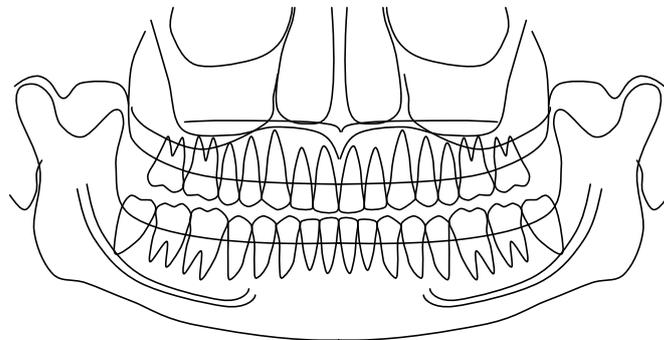
患者情報	ふりがな :	年齢 :	生年月日 :
	氏名 :	才	年 月 日
	性別 : 男 女	貴院患者番号 :	
臨床診断 :		検体採取日 :	切除の方法 :
		年 月 日	一部生検 摘出 切除
固定液 :		切除から固定までの時間 :	標本の送付 :
10%ホルマリン液 その他 ()		分	要 不要

臨床経過・所見 :



採取臓器 (必要に応じて右図にお示し下さい) :

検索希望事項または臨床上的問題点 :



* 病理検査の結果を論文や学会などで公表される場合は事前にご一報ください。

以下 当科使用欄



鶴見大学歯学部附属病院 病理診断科
 〒230-8501 神奈川県横浜市鶴見区鶴見2-1-3
 dpath@tsurumi-u.ac.jp