受付日　　　　　　　　病理検査番号

**病理組織検査申込書**

|  |
| --- |
| 歯科医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　（自署の場合、印は不要） |
| 医療機関名 | 電話（　　　）　　　- |
| 住所　〒 | e-mail |
|  ふりがな　　　　　　　　　　　　　　 　　　男 ・ 女 | 生年月日　 　　年 　 月 　日　　 |
| 患者氏名　　　　　　 　　　　　　　年齢　　歳 | 貴院患者番号： |
| 固定方法 （ホルマリン ・ アルコール）固定 | 採取日　　 　　年　　 月　　 日　 |
| 採取部位　  | 感染症　無 ・ 有（　　　　　　　） |
| 臨床診断  | ガラス標本送付： 　要 ・ 不要 |

経過・所見（簡単な図でお示しください）

