

病理組織・細胞診断依頼書

医院名： 採取日： 年 月 日

担当医：

検査方法： 細胞診 or 組織診 (生検・摘出・切除)

※組織診は必ず10～20%ホルマリン液に組織を入れて下さい(アルコール、生食、細胞診容器での提出不可)
※細胞診はブラシで患部をこすり、専用の固定液へ入れてください。
※容器は液漏れしないように蓋を厳重に密栓してください。

ふりがな
患者名：

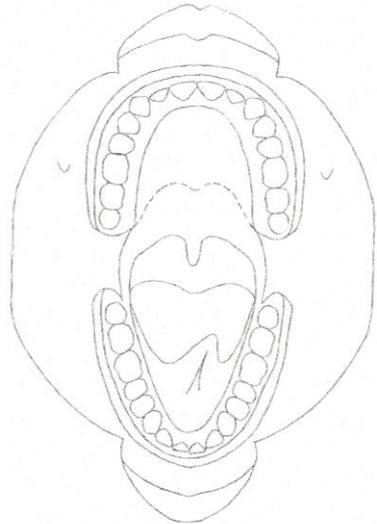
生年月日： (才)

臨床診断：

性 別： 男・女

臨床経過：

採取部位：



* 臨床診断、臨床経過の他に画像・肉眼・手術所見等、できるだけ詳しく記載・図示してください

ご連絡先(住所・電話番号・名刺添付でも可)

ご要望：