

病理組織依頼書記載方法見本

エンボスカードをご使用の際は、この枠に含ませて下さい。
それ以外に当欄の使用はしないようお願い致します。

検査項目及び属性等の
□枠内に□でご指示下さい。

施設 コード	施設名															
採取日	HH	年	HH	月	HH	日	AM	PM	:	提出日	HH	年	HH	月	HH	日
病棟											<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	提出医				
科名	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 消化 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> 婦人 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 泌尿器 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 脳外 <input type="checkbox"/> 整形 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 耳鼻 <input type="checkbox"/> ドック <input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> その他 ()															

カ シ ナ 名	姓											生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成			
	名												HH	年	HH	月
漢 字											年 齢	HH	才	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
カルテ No											そ 他 No					

依頼 項目	<input type="checkbox"/> 1 臓器検査	<input type="checkbox"/> 2 臓器検査	<input type="checkbox"/> 3 臓器検査	H.ピロリ判定	<input type="checkbox"/> HE	<input type="checkbox"/> ギムザ	<input type="checkbox"/> 免疫
	<input type="checkbox"/> 組織標本作製のみ		<input type="checkbox"/> その他 ()				

材 料	容器数()	必ず材料を指定して下さい。															コ メ ン ト											
	842 食道	845 胃	846 十二指腸	668 小腸	675 盲腸	661 腸土嚢()	888 S状結腸	665 直腸	551 肺	544 気管支	825 骨髄	821 口腔	541 鼻腔	631 扁桃	630 咽頭	542 喉頭		672 肛門	684 胆嚢	682 肝臓	687 脾臓	677 虫垂	531 乳腺	823 リンパ節	581 腎臓	591 膀胱	781 甲状腺	
	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	743 前立腺	701 皮膚	708 軟部組織	501 子宮腔部	505 子宮頸管	507 子宮内膜	515 子宮	509 子宮内腔	517 卵管	518 卵巣	()	()	()	()	()	()	()	()

臨床診断	既往組織検査病理番号				
	年	月	日	No	
	年	月	日	No	
最終月経(/ ~ /)	正(間歇)	日不正	持続()	日	月経痛()
	既往妊娠	回	分娩	回	流産()
臨床経過又は手術(又は局所)所見: (なるべく図示願います)					
<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div>					

患者名・性別・年齢・検体採取年月日・委託元名称及び医師の氏名
 ご依頼の臓器数・染色(わかりやすくチェックを入れてください)
 ご依頼の臓器・その他コメント
 臨床診断名・臨床経過・シエマなど(わかりやすい文字で記入ください)
 返却の有無について(残材料は切出しで余ったホルマリン検体をいいます)

注意事項: 検体個数・検体区別(付番)は特にご注意いただき記載をお願いいたします。	残材料の返却 要	スライド標本の返却 要
--	----------	-------------

当 社 記 入 欄	受 付 及 び 仕 分 作 業			病 理 部								は が れ て 順 不 同		コ メ ン ト				
	氏名	性別	年齢	依頼 項目	容器数	材料	切出し	要 望 事 項	所 見 確 認	プ ロ ッ ク 合 せ	同 時 出 検	1st 確 認	2nd 確 認		鏡 検 確 認	病 変 部 の 整 合 性	残 あ り ・ な し	生 検 個

補足事項
 1. 組織は切除後直ちに固定液に入れて下さい。胃・腸など、大きな組織は十分にひろげて板紙などに張りつけて固定液に入れて下さい。
 2. 固定液は充分量を用いて下さい。(検体の約50倍量のホルマリンを御使用下さい)
 3. 上記事項の記載不備の場合、御報告出来ないことがあります。