

病理組織検査依頼書

受付月日

受付番号

依頼者 病院名・住所 〒() 電話

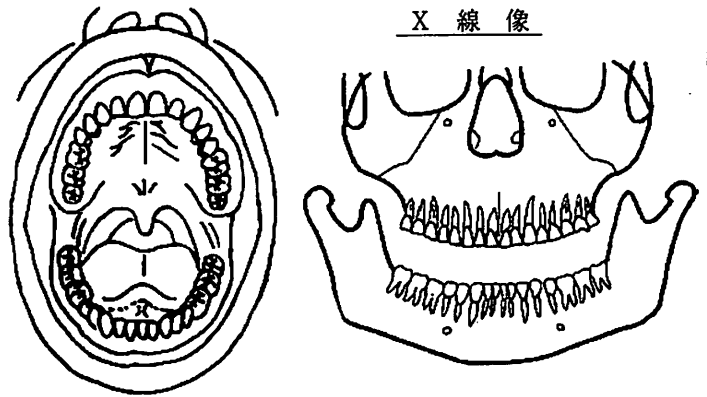
係印

検査料領収
年 月 日

患者名: (男・女) 年齢 才 職業

臨床診断: 検査希望事項 診断の確定
 悪性の有無

○経過及び治療（臨床検査成績を含む） ○現在（病巣のX線像）と採取部位及びその肉眼的所見



○組織採取日 年 月 日

○固定液 ホルマリン その他

○採取部位（臓器） 生検材料 手術材料

注意 本件に関する公表に際しては必ず担当医の諒解を得る様お願いします。

病理組織学的診断

所見:

報告日 年 月 日

担当医	検閲者	
-----	-----	--

〒七〇〇一八五二五 岡山市北区鹿田町二丁目5番1号
岡山大学・大学院医歯薬学総合研究科・口腔病理学分野
電話（〇八六）二三五一六六五一