

細胞診依頼書

受付月日

受付番号

依頼者

病院名・住所 〒() 電話

係印

患者名:

(男・女)

年齢

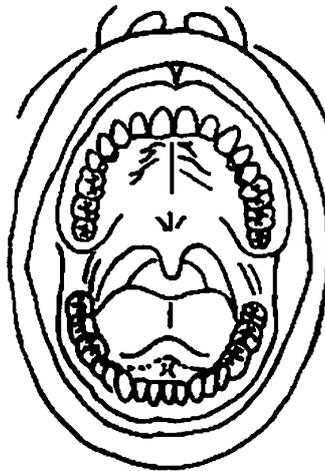
才

職業

臨床診断:

○臨床経過

○採取部位及びその肉眼的所見



○採取日
年 月 日

○固定法

- アルコール
- 細胞保存液
- その他 ()

○採取部位

細胞診断

所見:

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。

〒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

報告日

年

月

日

担当医

検閲者