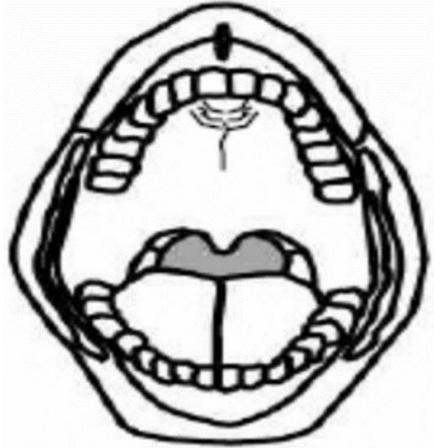


病理検査依頼状

医療機関名					
住所					
電話番号		アドレス			
院長名		担当医名			
患者氏名				年齢	歳
傷病名					
臨床診断					
病変の色	<input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 白 <input type="checkbox"/> 黒	喫煙習慣： <input type="checkbox"/> 有（ 年）		<input type="checkbox"/> 過去に有り	<input type="checkbox"/> 無
病変に当たっているもの	<input type="checkbox"/> 無				
	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> B r <input type="checkbox"/> クラウン <input type="checkbox"/> 歯の鋭縁部 その他 ）				
切除日	令和 年 月 日	切除から固定までの時間			
提出臓器					
切除の部位及び方法					
固定の方法	<input type="checkbox"/> ホルマリン <input type="checkbox"/> その他（ ）				
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無				
臨床的経過並びに所見	切除部位を図示すること				
					
組織検査の主眼					

備考：