

カルテ No

氏名

性別

年齢

生年月日

保険種類

本人区分

メモ

診療科

診療区分

担当医

必ずご記入下さい
の箇所は

依頼項目	☐ 標本作製 — 検鏡	臓器数	☐ 1臓器	提出検体	検体数	容器	ブロック	染色標本	未染標本	至急報告	☐ 下記の日時までに報告を希望します 月 日 時
	☐ 標本作製のみ		☐ 2臓器		採取日時	月	日	時	分		
採取方法	☐ 生検 ☐ 掻爬 ☐ その他	レセプター	☐ polypec・EMR ☐ 手術	採取部位	消化器 ☐ 食道 ☐ 上行結腸 ☐ 胃 ☐ 横行結腸 ☐ 十二指腸 ☐ 下行結腸 ☐ 空腸 ☐ S状結腸 ☐ 回腸 ☐ 直腸 ☐ 虫垂 ☐ 肛門 ☐ 盲腸 ☐ 肝臓 ☐ 胆嚢・胆管 ☐ 膵臓 ☐ その他						
	☐ *1 ER (IHC法) ☐ *1 HER2 (IHC法)		☐ *1 PgR (IHC法) ☐ *2 HER2 (FISH法)		女性器 ☐ 外陰部 ☐ 子宮腔部・頸部 ☐ 子宮体部・内膜 ☐ 子宮内容物 ☐ 左卵巣 ☐ 右卵巣 ☐ 左卵管 ☐ 右卵管	泌尿器 ☐ 左腎臓 ☐ 右腎臓 ☐ 膀胱 ☐ 前立腺 ☐ 左精巣 ☐ 右精巣	口・鼻 ☐ 口腔・口唇 ☐ 唾液腺 ☐ 咽頭 ☐ 扁桃 ☐ 喉頭 ☐ 鼻腔	皮膚・乳腺 ☐ 皮膚 ☐ 皮下腫瘍 ☐ 軟部組織 ☐ 左乳腺 ☐ 右乳腺	運動器・血管 ☐ 骨・軟骨 ☐ 滑膜 ☐ 関節 ☐ 筋肉 ☐ 血管		
免疫染色特殊染色	☐ 染色名	内分泌 ☐ 左甲状腺 ☐ 左肺 ☐ 脾臓 ☐ 右甲状腺 ☐ 右肺 ☐ 骨髓 ☐ リンパ節									
その他	☐ パラフィンブロックの返却 ☐ 残組織の返却 ☐ 腎生検染色セット (蛍光抗体法) ☐ 透過電子顕微鏡検査 ☐ マクロ写真撮影 ☐ 顕微鏡写真撮影										
検索希望事項	染色をご希望の際はマークして下さい ☐ H・ピロリ菌の有無 (☐ ギムザ染色 ☐ 免疫染色)										
臨床情報	臨床診断 臨床所見・経過・採取部位の図示 (病変の大きさなど詳しくご記入下さい)										
	感染症の有無 HBV (- ・ +) HCV (- ・ +) HIV (- ・ +) その他 ()										

至急報告

☐ 下記の日時までに報告を希望します

月 日 時

検査履歴

年 月 日

標本番号

結果

婦人科材料はご記入下さい

閉経 (歳)

最終月経 月 日 ~ 月 日

月経不順 (無 ・ 有)

不正出血 (無 ・ 有)

妊娠 (無 ・ 週)

ホルモン剤 (無 ・)

弊社使用欄

標本作製時の記録

臨床診断、所見・経過・図示など出来る限り詳しくご記入下さい。また採取部位、検体番号が検体容器と一致するよう分かりやすくご記入下さい。
採取部位や検索希望事項によって追加染色が必要となります。詳しくは検査案内をご確認下さい。
妊娠12週を超える胎児、及びそれに相当する大きさの胎児は受託できません。確認次第、ご返却致します。



提出用 (折曲厳禁)
2枚目以降を控えとしてお取り下さい