

# 札幌医科大学委託病理組織検査申込書

病理番号

(病理使用欄)

申込年月日

医療機関名

患者 I D

カナ

患者氏名

電話番号

F A X 番号

生年月日

年齢

性別

依頼元

担当科

患者所在

担当医

検体採取日時

採取個数

臓器名

採取方法

臨床診断

臨床所見

感染症情報

検査目的

局所または  
手術所見

最終月経

～

閉経

妊娠回数

出産回数

妊娠週

治療情報

リンパ節情報