病理組織学的診断依頼

〒951-8585 新潟市中央区旭町通1番町757

　新潟大学脳研究所　病態神経科学部門　病理学分野　御中

依頼施設　 〒

所在地

病院名

診療科

注意※ 特に肉眼標本返却の必要がある場合にはご連絡下さい

依頼医師名 mail address:

電話　　　　 ( ) 内線

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 年齢 |  | 男女 | 前回病理組織検査の有無（有・無）　 　　　　 有の場合はその報告番号と提出  年月日，　施設名など  　NB |
| 氏　名 |  | | |
| 貴院ID |  | | | | | |
| 臨床  診断 |  | | | | | |
| 現症の経過期間： |
| 送付  材料 | 組織生鮮/固定（10%BF，　　　　　　　　） | | | | | |
| ブロック: | 個 |  | | | | 依頼組織: |
| 染色標本: | 枚 | 未染: | 枚 | | | 採取部位: |
| 現症の臨床経過, 検査成績, 手術所見, 提出材料の肉眼所見(大きさ, 重さ等), 治療等簡潔に： | | | | | | | |