

松本歯科大学病院

No. \_\_\_\_\_

## 臨床材料検査申込書

申込者(担当医) \_\_\_\_\_

申込 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(医院、施設名) \_\_\_\_\_

患者の氏名： \_\_\_\_\_ 満 \_\_\_\_\_ 歳 男・女 職業： \_\_\_\_\_

材 料：

切除の日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (午前・午後) 既往組織検査番号No. \_\_\_\_\_

固定液に入れた時： 切除直後・切除 \_\_\_\_\_ 時間後

固定液： ホルマリン・アルコール

臨床診断： \_\_\_\_\_

術 式 (必ず○を付けて下さい)： 試験的・根治的

臨床経過並に所見：

手術所見：(切除部位はなるべく詳細に図示して下さい)

摘出物所見：

希望事項：

点線より左側は綴込につき記入せぬこと