

点
線
よ
り
左
側
は
綴
込
に
つ
き
記
入
せ
ぬ
こ
と

松本歯科大学病院

No. _____

病理検査申込書

施設名 () 申 込 年 月 日

申込者 (担当医)

患者の氏名： 満 歳 男・女 職業： カルテ No.

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・その他

臨床診断：

術 式 (必ず○を付けて下さい)： 試験的・根治的・姑息的

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：