病理組織診断依頼書

医療機関名

代表者氏名

住所〒

電話番号

患者氏名:　　年齢・性別　　歳　　M / F

組織採取部位:　　組織採取日　　年　月　日

固定方法:ホルマリン(10／15／20%),その他(　　)

臨床診断:　　担当医氏名:

臨床経過(現病歴・現症・X線所見・現在までの処置等を記載してください)