

病 理 組 織 検 査 申 込 書

申込日 年 月 日

鶴見大学歯学部附属病院病理診断科御中

下記の病理組織検査を申し込みます。料金（5000円）は後日、指定口座へ振り込みます。

歯科医師氏名

印 （自署の場合、印は不要）

医療機関名

住所 〒

電話番号 （ ） —

患者氏名 （貴診療所患者番号 ）

生年月日 年 月 日 性別 男・女

採取日 年 月 日 固定方法（ホルマリン・アルコール）固定

採取部位 舌、（上、下）顎歯肉、口底、（上、下）口唇、その他（ ）

個数 個

臨床診断

経過・所見（できれば簡単な図示もお願いいたします）

