

受付日

病理検査番号

病理組織検査申込書

歯科医師氏名		印 (自署の場合、印は不要)	
医療機関名		電話 () -	
住所 〒		e-mail	
ふりがな	男・女	生年月日	年 月 日
患者氏名	年齢 歳	貴院患者番号：	
固定方法 (ホルマリン・アルコール) 固定		採取日	年 月 日
採取部位		感染症 無・有 ()	
臨床診断		ガラス標本送付： 要・不要	

経過・所見 (簡単な図でお示してください)

