＊受付番号

病理組織診断依頼票

＊印の欄は記入しないでください

申込者

病院名：

診療科名：

歯科医師名：

提出日　　：西暦　　年　　月　　日　　電話番号：

＊検体受付日：西暦　　年　　月　　日　　FAX 番号：

ふりがな： 患者氏名：	男・女	生年月日： 年　月　日 年齢：　歳	職業：
部位：	臨床診断：		

既往歴・薬歴：		感染症：　無　・有 （　　）
		既往病理検査番号：
飲酒：　無　・　有	喫煙：　無　・　有（喫煙歴　　年）	

臨床経過・臨床所見：

加療(口腔粘膜の場合)：　無　・　有（ステロイド塗布・歯牙鋭縁除去・義歯調整・レーザー照射・その他（　　））

術中所見（図示等）：

口腔内写真、レントゲン画像等の添付：　無　・　有

採取日：　　月　　日（AM　・　PM）	術式：　生検　・　切除　・　摘出　・　その他（　　）
固定液：　ホルマリン・その他（　　）	提出検体個数：　　個

希望事項：　悪性所見の有無　・　確定診断　・　断端精査　・　その他（　　）

朝日大学医科歯科医療センター