

*受付番号

細胞診依頼票

*印の欄は記入しないでください

申込者

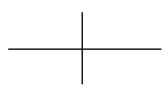
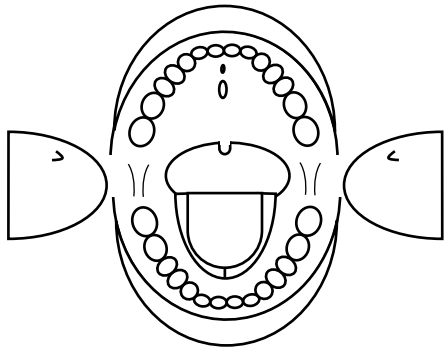
病院名：

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 ()	
飲酒： 無 ・ 有		喫煙： 無 ・ 有 (喫煙歴 年)	
既往病理検査番号：			
臨床経過：			
加療： 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())			
臨床所見：肉眼形態 (口腔粘膜の場合)：白斑型・びらん型・潰瘍型・膨隆型・乳頭型・肉芽型・その他 ()			
			
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)	採取方法： 擦過 ・ 穿刺吸引 ・ その他 ()		
採取時の出血： 無 ・ 有	採取道具：歯間ブラシ・細胞診用ブラシ・針 (G) ・ その他 ()		
固定液： LBC 固定液 ・ 95%エタノール ・ その他 ()			
希望事項： 悪性所見の有無 ・ その他 ()			