

病理（組織）検査依頼書

初版：2021年 月

検体情報 (匿名化した状態での受付のみとなります)

性別 男 女 年齢 歳

施設カルテ ID ではなく
検査依頼時の識別 ID を英数字 10 文字以内で入力してください。

識別 ID

感染症	有	<input checked="" type="checkbox"/>	総検体数	8	生検	<input type="text" value="8"/>	EMR	<input type="text" value="8"/>
	無	<input checked="" type="checkbox"/>		Polypsec	<input type="text" value="8"/>	ESD	<input type="text" value="8"/>	

施設名

採取日 西暦 20 年 月 日
時刻 (24 時間表記) 時 分

診療科 内科 消化 泌尿 産婦 外科 整形 脳外 皮膚 その他科名

病種

入院 外来

担当医 (カタカナ入力)

提出材料・依頼項目

	湿固定	ブロック	未染スライド	凍結検体	その他
固定方法	<input type="checkbox"/> ホルマリン <input type="checkbox"/> その他 ()				
数	8	8	8	8	8
ブロック作製	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
スライド作製	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
染色	<input checked="" type="checkbox"/>				

臨床診断

臨床所見・手術所見等 (図示ください)

組織の大きさ (シェーマ)、標本作製位置 (図示)

消化器	婦人科	その他			
<input type="checkbox"/> 食道	<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 右腎臓	<input type="checkbox"/> 右肺	<input type="checkbox"/> 皮下腫瘍	<input type="checkbox"/> 右甲状腺
<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 子宮腔部	<input type="checkbox"/> 左腎臓	<input type="checkbox"/> 左肺	<input type="checkbox"/> 軟部組織	<input type="checkbox"/> 左甲状腺
<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 右尿管	<input type="checkbox"/> 右気管支	<input type="checkbox"/> 右乳腺	<input type="checkbox"/> 胸腺
<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 子宮内膜	<input type="checkbox"/> 左尿管	<input type="checkbox"/> 左気管支	<input type="checkbox"/> 左乳腺	<input type="checkbox"/> 心臓
<input type="checkbox"/> 虫垂	<input type="checkbox"/> 頸ポリープ	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 骨・軟骨
<input type="checkbox"/> 盲腸	<input type="checkbox"/> 子宮内容物	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 扁桃	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 骨髄
<input type="checkbox"/> 結腸 (上・横・下)	<input type="checkbox"/> 右卵巣	<input type="checkbox"/> 右精巣	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 筋肉	<input type="checkbox"/> 間膜
<input type="checkbox"/> S 字結腸	<input type="checkbox"/> 左卵巣	<input type="checkbox"/> 左精巣	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> 血管	<input type="checkbox"/> 腹膜
<input type="checkbox"/> 直腸	<input type="checkbox"/> 右尿管	<input type="checkbox"/> 右副腎	<input type="checkbox"/> 口腔・口唇	<input type="checkbox"/> 大網	<input type="checkbox"/> 滑膜
<input type="checkbox"/> 肛門	<input type="checkbox"/> 左尿管	<input type="checkbox"/> 左副腎	<input type="checkbox"/> 唾液腺	<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 胎盤	<input type="checkbox"/> 脾臓	<input type="checkbox"/> 縦隔	<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 胆嚢	<input type="checkbox"/> 外陰部	<input type="checkbox"/> 脾臓	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> その他 ()	

染色項目

基本染色	特殊染色				免疫染色			
<input type="checkbox"/> HE	<input type="checkbox"/> NADH	<input type="checkbox"/> クレシルバイオレット	<input type="checkbox"/> ビクロシリウス赤	<input type="checkbox"/> ルクソールファーストブルー	<input type="checkbox"/> α-PP	<input type="checkbox"/> HCG-β	<input type="checkbox"/> LCA	
	<input type="checkbox"/> PAM	<input type="checkbox"/> グロコット	<input type="checkbox"/> フォンタナ・マッソン	<input type="checkbox"/> ルナ	<input type="checkbox"/> ALK	<input type="checkbox"/> Her2	<input type="checkbox"/> Lysozyme/Muramidase	
	<input type="checkbox"/> アザン	<input type="checkbox"/> ケルンエヒトロード	<input type="checkbox"/> ベルリン青	<input type="checkbox"/> ルベアン酸	<input type="checkbox"/> CD20	<input type="checkbox"/> IgA	<input type="checkbox"/> NSE	
	<input type="checkbox"/> アリザリン赤	<input type="checkbox"/> コッサ	<input type="checkbox"/> マッソン・トリクロム	<input type="checkbox"/> ワンギーソン	<input type="checkbox"/> CD45RO	<input type="checkbox"/> IgG	<input type="checkbox"/> PgR	
	<input type="checkbox"/> アルシアン青	<input type="checkbox"/> コロイド鉄	<input type="checkbox"/> メチルグリーンピロニン	<input type="checkbox"/> 過ヨウ素酸シッフ	<input type="checkbox"/> Cytokeratin	<input type="checkbox"/> IgG4	<input type="checkbox"/> PSA	
	<input type="checkbox"/> アルシアンブルー+PAS	<input type="checkbox"/> コンゴ赤	<input type="checkbox"/> モバット五重染色	<input type="checkbox"/> 酒石酸耐性酸性フォスファターゼ	<input type="checkbox"/> Desmin	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/> S-100	
	<input type="checkbox"/> エラスチカ・マッソン	<input type="checkbox"/> サフラニン O・ファースト緑	<input type="checkbox"/> ライトギムザ	<input type="checkbox"/> 鍍銀	<input type="checkbox"/> EGFR	<input type="checkbox"/> Ki67	<input type="checkbox"/> UCHL1	
	<input type="checkbox"/> エラスチカ・ワンギーソン	<input type="checkbox"/> シュモール反応	<input type="checkbox"/> リンタングステン酸ヘマトキシリン		<input type="checkbox"/> EMA	<input type="checkbox"/> L26	<input type="checkbox"/> Vimentin	
	<input type="checkbox"/> オイル赤	<input type="checkbox"/> ズダン III	<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> ER	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> ギムザ	<input type="checkbox"/> ダイレクト・ファースト・スカレット	<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> ERG	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> グラム	<input type="checkbox"/> チールネルゼン	<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> Factor I III	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> グリメリウス	<input type="checkbox"/> トルイゾン青	<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> GFAP	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> クリューパーバラ	<input type="checkbox"/> クリューパーバラ	<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> Glucagon			

帳票記入上の注意: 記入は黒ボールペンで明瞭に記入ください。

- チェック 入力してください。
- 楷書の数字を入力してください。
- 文字またはシェーマ等を手書きで記載ください。
- 依頼の取り消しは打ち消し線を入れてください。

受付試験番号	受領確認	検査確認
H		

お願い ○標本作製の依頼書です。病理診断についてはお受けできません。
○保険算定関連について、依頼者にてご判断ください。
○別紙「弊社病理受託事業へのご依頼に際して (臨床分野)」の注意事項を含めた記載事項をお読みいただき同意の上、依頼ください。

