

病理組織標本 情報提供シート

| | |
|--|-----|
| 医療機関名 | |
| (ふりがな) 患者氏名 | () |
| 患者ID <small>(紹介元医療機関の患者ID)</small> | |

※ 提供いただく検体毎にご記入ください
病理診断書に情報が記載されている場合は記入不要です

| | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 検体番号 <small>(紹介元医療機関の病理組織番号)</small> | | | |
| 検体採取日 | 年 | 月 | 日 |
| 検体採取部位 | | | |
| ホルマリン固定までの時間 <small>(検体採取からホルマリンに浸漬するまでの時間)</small> | 時間 | 分 | / <input type="checkbox"/> 不明 |
| ホルマリン固定までの温度 <small>(検体採取からホルマリンに浸漬するまでの温度)</small> | <input type="checkbox"/> 室温 | <input type="checkbox"/> 冷蔵 | <input type="checkbox"/> 不明 |
| ホルマリン固定時間 <small>(ホルマリンに浸漬していた時間)</small> | 時間 | 分 | / <input type="checkbox"/> 不明 |
| 検体切り出し日 <small>(ホルマリン固定時間不明の場合に記入)</small> | 年 | 月 | 日 |
| 固定溶液の種類 <small>(10%中性緩衝ホルマリン以外のものを使用していた場合に記入)</small> | | | |
| 脱灰液の種類 <small>(使用していた場合に記入)</small> | | | |
| 備考 <small>(中央病院病理医への伝達事項等あればご記入ください)</small> | | | |

※病理検体について直接確認させて頂く場合がありますので、記入をお願いします

| | | |
|---------------------------|--------|--------|
| 病理検体に関する 問合せ窓口 | [部署] | [担当者名] |
| | [電話番号] | |

鳥取県立中央病院
病理診断科・臨床検査科
中央検査室 (病理検査)