

旭川赤十字病院 病理組織診断 申込書

*以下太枠内をすべて御記入下さい。

申込日 年 月 日

記入欄が足りない場合は、裏面に御記入下さい。

御施設名および御住所：

*たいせつ安心 i 医療ネットでの結果閲覧希望の場合は、
この申込書と合わせて i ネット同意書を発送ください。

フリガナ		性別	生年月日	職業（具体的に）
氏名		男・女	大・昭・平（満 歳） 年 月 日	
現住所	〒 —			
	アパート・マンション等の名称（棟・部屋の番号）			
	TEL（ ） —	携帯電話 — —		

臨床診断

臨床経過及び所見（略図等）ならびに、既往歴・家族歴・治療情報等御記入下さい

【検体採取日】 年 月 日

【検査目的】

【提出臓器】 1.

2.

3.

【提出数】

ホルマリン固定検体 個

【たいせつ安心 i 医療ネット同意の有無】

有 ・ 無 （いずれかに○）

【提出医 サイン】

感染症の有無：いずれか○で囲む

HBs 抗原（+、-、未検査）

HIV-AgAb（+、-、未検査）

梅毒 RP（+、-、未検査）

HCV 抗原（+、-、未検査）

梅毒 TP（+、-、未検査）

旭川赤十字病院 使用欄：

標本作製料

免疫染色病理標本作製料

★ 診察券発行（有・無）

病理診断料

免疫染色病理標本作製料加算

★ 旭川赤十字病院 ID

病理診断管理加算 2

モノクローナル抗体法による

造血器悪性腫瘍細胞検査