

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	年 月 日 (歳)	
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