



病理組織検査申込書

昭和医科大学歯学部口腔病態診断科学講座口腔病理学部門

病理検査番号：

OP-

医院名：		ご担当先生：		当科受付日：	
患者	ふりがな	男 ・ 女		年 月 日	
	氏名：	才		※ 太枠内は当科記載	
臨床診断：					
検体臓器組織名：		検体採取日：		固定液：	切除から固定までの時間：
		年 月 日		10%ホルマリン液	分

臨床経過：

現症（右図に検体採取部位を描き込んで下さい）：

喫煙歴： 本／日 × 年

飲酒歴： mL／日 × 年

検索希望事項または臨床上の問題点：

