

病理組織診断依頼書

東京科学大学病院病理部

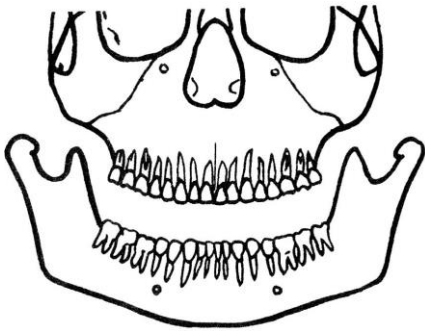
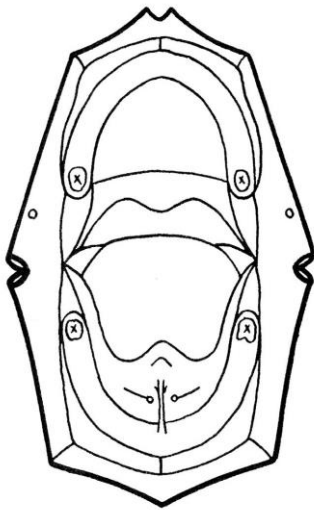
医療機関名		担当医		連絡先	
ふりがな		男	生年月日（年齢）		
患者氏名		ID :	女	年 月 日（ 才）	
臨床診断					
検体組織・臓器名				切除日	
				年 月 日	

既往病理検査番号 No.

臨床経過

No.

現症・術中所見
(図示をお願いいたします)



検索希望事項又は臨床上の問題点