

# 病理組織診断依頼書

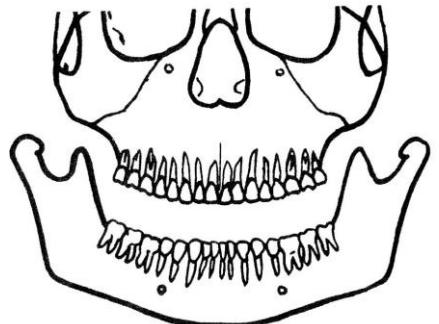
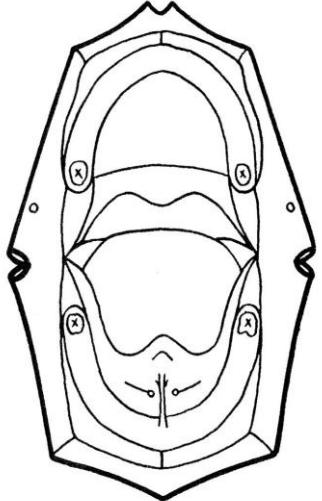
東京科学大学病院病理部

医療機関名	担当医	連絡先
ふりがな 患者氏名	I D : 男 女	生年月日 (年齢) 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