

つつみ病理診断科クリニック への

依頼用紙 (コンサルテーション、標本写真画像資料作成、など)

申し込み日:

この度、つつみ病理診断科クリニックに、下記症例のコンサルテーション、標本写真画像資料作成等、をお願いしたく存じます。よろしくお願ひ申し上げます。

依頼者記入欄

依頼者氏名 : (ふりがな:)		
所属:		
所属住所:〒		
TEL:		FAX:
E-mail:		記入日:
患者年齢: 歳	性別:	標本番号:
臨床診断:		採取日:
臓器名:	部位:	領域番号(ガイドライン参照):
必要なものに○をつけてください ()コンサルテーション ()標本写真画像資料		
標本の種類: <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> その他(具体的にご記入下さい):		
臨床経過(患者の特定につながる医療機関名などの情報は記載しないこと):		
治療・処置:		
肉眼所見:		
特染:		
問題点:		
依頼者の診断:		

つつみ病理診断科クリニック

報告用紙

記載日(報告書作成日):

依頼者記入欄

依頼者氏名:	依頼者の所属:
回答送信先1 依頼主E-mail :	
2 つつみ病理診断科クリニック 連絡先 pathos223@kind.ocn.ne.jp	
患者年齢 : 歳	性別: 標本番号:

コンサルタント記入欄

病理診断意見	
コンサルタント氏名 :	所属:
TEL:	FAX: 標本受理日:
E-mail:	診断日:

注1:この診断意見は、つつみ病理診断科クリニックによって提供されたものです。

診断の最終責任は依頼者にあることに留意してください。

注2:この症例を研究目的に使用する場合は、依頼者の施設においてIRB審査を受け、さらに施設内で情報を公開し、オプトアウトを行う必要があります。