エンボスカードをご使用の際にはこの枠に合わせてください。
※病院控は下の2枚をお取りください。

病理組織検査依頼書 PA(Z)−4

(ホルマリン検体用)(増)
BML検査用

顧客コード

顧客コード／顧客名はプレ印字

様

患者氏名はカナ氏名で記載をお願いします。

★容器個数 ー

容器個数・性別・年齢の記載をお願いします。

★性別 男 女 ★年齢 歳

★印の箇所は必ずご記入ください。

営業所ID 貼付欄

検査室使用欄 記入不可

診療科名 内科 消化 泌尿 産婦 外科 整形 脳外 皮膚

取日 20 年 月 日

時刻(24H表記) 時 分

その他科名記入欄

感染症 □有 □無

FAX報告 標本スライドの貸出 残材料の返却

使用固定液 □ホルマリン □その他 ( )

病棟 担当医

総検体数	個	生検	個	EMR	個
		polypectomy	個	ESD	個

注) カナ10文字

備考1 備考2

①〜⑥の順に記載してください。特殊検査の追加があるときは③④に記入してください。
依頼書に無い特殊染色・免疫染色をご依頼される場合は④の下段染色名・抗体名をご記入ください。

①提出材料

消化管	婦人科	その他			
□食道 071	□子宮 088	□右腎臓 299	□右肺 294	□皮膚 087	□脳 085
□胃 072	□子宮膣部 089	□左腎臓 300	□左肺 295	□皮下腫瘤 319	□関節 086
□十二指腸 264	□子宮頸部 098	□膀胱 076	□右気管支 292	□軟部組織 081	□筋肉 095
□小腸 069	□子宮内膜 092	□右尿管 297	□左気管支	□骨・軟骨	□滑膜
□虫垂 083	□頸ポリープ 376	□左尿管 298			
□盲腸 265	□子宮内容物 054	□前立腺 077			
□結腸(上・横・下) 259	□右卵巣 288	□右精巣 310			
□S状結腸 266	□左卵巣 289	□左精巣 311	□ 278	□ 315	□ 378
□直腸 258	□右卵管 268	□右副腎 301	□舌 287	□骨髄 067	□腸間膜 381
□肛門 046	□左卵管 267	□左副腎 302	□口腔・口唇 307	□リンパ節 068	□腹膜 382
□肝臓 074	□胎盤 380	□膵臓 059	□唾液腺 283	□その他 080 ( )	
□胆嚢 075	□外陰部 281	□脾臓 060	□縦隔 285	□その他 080 ( )	

左から①提出材料②依頼項目の順に依頼項目にチェックをお願いします。

②依頼項目

- □1臓器標本作製検査 05961
- □2臓器標本作製検査 05962
- □3臓器標本作製検査 05963
- □手術組織1臓器検査 17514
- □手術組織2臓器検査
- □ 05966
- □スライド作製(ブロックから標本まで) 05519
- □HE染色(未染スライドから) 05431
- □ゲノム用切片作製 11690 (遺伝子検査を同時に依頼する場合にチェックしてください)
- □ ( )

③ピロリ菌検査

- □(ギムザ染色・判定) 09077
- □(免疫染色・判定) 09078

④特殊検査

- □HER2蛋白/IHC 07974
- □エストロゲンレセプター(ER) 07385
- □プロゲステロンレセプター(PgR) 07386
- □HER2/FISH 04031
- □EGFR蛋白/IHC 02070
- □胃癌HER2/IHC 02645
- □肺癌ALK/IHC(5A4) 12275
- □肺癌ALK/IHC(D5F3) 17511
- □肺癌ALK/FISH 06758
- □ ( )
- □ ( )
- □ ( )

◎お願い 複写ですので強くご記入ください。〈折曲厳禁〉

⑤臨床診断

⑥臨床所見・手術所見等(図示願います)

⑤臨床診断⑥臨床所見・手術所見等の記載をお願いします。

検査室使用欄 記入不可

既往病理番号 年 月 日 - -
年 月 日 - -

子宮内膜は最終月経の記入をお願いします

最終月経 年 月 日〜 日間
閉経年齢 歳 性ホルモン剤(有 ・ 無)
妊娠 回 分娩 回 流産 回

弊社使用欄
個数 ブロック数 残
有 ・ 無
別紙提出有 / 枚

お願い
○病理検査と標本作製は同時に依頼することはできません。
○解剖例は標本作製までの実施となります。
○「ヘリコバクターピロリの有無」の確認を希望で、染色名の指定がない場合はギムザ染色とヘリコ判定を追加します。
○ヘリコバクターピロリ判定は胃の生検検体に限ります。polypectomy、EMR、ESD、手術材料での判定は実施しておりません。
○胃と十二指腸では1臓器の算定となります。
○妊娠12週を超える胎児及びそれに相当する大きさの胎児は受託しておりません。

確認者名 受領者名

〈OCR帳票記入上の注意〉

依頼 V
数字 4
カタカナ ア
依頼の取消し V 4 ア

433014 00075