

細胞診検査依頼書

医院名		依頼日	年 月 日
担当医師名			
フリガナ			
患者氏名		年齢	性別 男・女
		歳	
採取部位	<input type="checkbox"/> 舌背部 <input type="checkbox"/> 舌縁部（左・右） <input type="checkbox"/> 舌下部 <input type="checkbox"/> 舌根部 <input type="checkbox"/> 頬粘膜（左・右） <input type="checkbox"/> 歯肉 _____ <div style="text-align: center;">（唇側/頬側・舌側）</div> <input type="checkbox"/> 硬口蓋 <input type="checkbox"/> 軟口蓋 <input type="checkbox"/> 口唇 <input type="checkbox"/> 口底部 <input type="checkbox"/> 唾液腺（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） * 部位の詳細は（ ）に記入してください	採取方法	<input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> 綿棒 <input type="checkbox"/> 穿刺吸引 <input type="checkbox"/> 内容液 <input type="checkbox"/> その他
			固定液 <input type="checkbox"/> 95%アルコール
臨床診断			
臨床所見			
【 びらん・潰瘍・水疱・白斑・発赤・レース状白斑・抜歯窩治癒不全・腫瘤・嚢胞・その他 】 （該当するものに○を付けてください） 大きさ：			
経過・採取部位図示など			
過去の細胞診・組織診の結果：			

- 該当箇所の□に✓を入れてください。
- 細胞の変性を防ぐため、採取後ただちに塗抹・固定をして提出してください。
- 過去の細胞診・組織診の結果、既往歴なども併せて記入して頂き、肉眼写真を添付していただくと診断上、大変参考になります。