病理組織検査

1. 申込書

医院名		担当医	
ふりがな 患者氏名	才 男 女	提出日　月　日 切除日　月　日	

検査内容	臓器・組織名
□ 細胞診（擦過，穿刺吸収，内容液） □ 試験的切除 □ 手術による摘出	1. 顎骨　□腫瘍 □嚢胞 □炎症 □その他（　） 2. 口腔軟組織　□粘膜（部位：　） □腫瘍 □嚢胞 □炎症 □その他（　） 3. 唾液腺　□腫瘍 □嚢胞 □炎症 □その他（　） 4. リンパ節　□腫瘍 □炎症 □その他（　） 5. その他　歯・皮膚など（　） 以上 臓器　検体

臨床診断	固定液の種類：
	固定までの時間：直後・　分後・　時間後

臨床的経過並びに所見：前回検査年月日（　年　月　日）　X線・肉眼写真添付　有・無

（切除部位をなるべく図示する事）前回の病理検体番号 No.＿＿＿＿＿＿

＊TNM分類
T（　）N（　）M（　）

＊周囲の白板・硬結の有無：
ある　なし

＊飲酒
（ビール，日本酒，ウィスキー，その他）：
／日，　年間

＊喫煙：　本／日，　年間

＊補綴・修復物：　ある　なし
□全部床義歯
□部分床義歯
(—|—)
□クラウン・ブリッジ
(—|—)
□装着期間　年間

病理標本の顕微鏡写真（3枚毎に税込¥1,100-）
希望しない　希望する（　枚）

日本大学松戸歯学部付属病院　病理診断科　TEL 047 (360) 9658, 9334