

## 病理組織標本 情報提供シート

<b>医療機関名</b>	
(ふりがな) <b>患者氏名</b>	( )
<b>患者ID</b> <small>(紹介元医療機関の患者ID)</small>	

※ 提供いただく検体毎にご記入ください  
病理診断書に情報が記載されている場合は記入不要です

<b>検体番号</b> <small>(紹介元医療機関の病理組織番号)</small>			
<b>検体採取日</b>	年	月	日
<b>検体採取部位</b>			
<b>ホルマリン固定までの時間</b> <small>(検体採取からホルマリンに浸漬するまでの時間)</small>	時間	分	/ <input type="checkbox"/> 不明
<b>ホルマリン固定までの温度</b> <small>(検体採取からホルマリンに浸漬するまでの温度)</small>	<input type="checkbox"/> 室温	<input type="checkbox"/> 冷蔵	<input type="checkbox"/> 不明
<b>ホルマリン固定時間</b> <small>(ホルマリンに浸漬していた時間)</small>	時間	分	/ <input type="checkbox"/> 不明
<b>検体切り出し日</b> <small>(ホルマリン固定時間不明の場合に記入)</small>	年	月	日
<b>固定溶液の種類</b> <small>(10%中性緩衝ホルマリン以外のものを使用していた場合に記入)</small>			
<b>脱灰液の種類</b> <small>(使用していた場合に記入)</small>			
<b>備考</b> <small>(中央病院病理医への伝達事項等あればご記入ください)</small>			

※病理検体について直接確認させて頂く場合がありますので、記入をお願いします

<b>病理検体に関する 問合せ窓口</b>	[部署]	[担当者名]
	[電話番号]	

鳥取県立中央病院  
病理診断科・臨床検査科  
中央検査室 (病理検査)