

病理組織細胞検査依頼票

新潟大学大学院医歯学総合研究科
口腔病理学分野 御中

依頼病院名
住所 〒

検体採取日: 月 日
検体提出日: 月 日

電話番号
歯科医師名
メールアドレス

@

ふりがな 患者氏名:	男 女	生年月日:西暦	年	月	日	年齢:	才	職業:
部位:	歯部位: +	臨床診断:						
既往歴:		既往病理検査番号:			感染症の有無:			
臨床経過:								
手術時所見: (含X-P所見) (手術材料の場合は簡単な図示をお願いします)								
検索要望事項: (具体的に御記入下さい)								

*学会その他に発表の際には御連絡下さい