

病理組織検査申込書

年 月 日

札幌市中央区北 11 条西 13 丁目
市立札幌病院長 様

申込者 施設名
住所
電話番号
氏名

下記の通り、病理組織検査を申し込みます。
なお、検査料金は別途お支払い致します。

記

患者氏名 年齢 性別 検体種類
☐ 腎生検 ☐ その他（ ）

以上

※ 依頼施設において、コピー（控え）を保管した上でのご提出をお願い致します。

以下 市立札幌病院使用欄

- 腎生検（K- ）
一部実施の場合
☐ 病理組織標本作製（N000-1）
☐ 特殊染色加算（N000 注）
☐ 電子顕微鏡病理組織標本作製（N001）
☐ 免疫抗体法病理組織標本作製（N002-9, 注 2）

- 病理組織診（P ）
☐ 病理組織標本作製（N000-1）
☐ 特殊染色加算（N000 注）
☐ 電子顕微鏡病理組織標本作製（N001）
☐ 免疫抗体法病理組織標本作製（N002）
☐ 1 臓器（N002-9）
☐ 4 種以上（N002 注 2）
☐ 術中病理組織標本作製（N003）
☐ その他（ ）