

# 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
			<input type="checkbox"/> 腎生検 <input type="checkbox"/> 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)
- 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 (N002-8, 注 2)

病理組織診 (P )

- 病理組織標本作製 (N000-1)
- 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 (N002-8)
  - 4 種以上 (N002 注 2)
- 術中病理組織標本作製 (N003)
- その他 ( )