

市立札幌病院 病理解剖申込書

市立札幌病院長 殿

医療機関所在地

医療機関名

院長名

電話番号

印

別紙のとおり、下記死亡者の遺族から承諾を得たので、病理解剖を委託します。
なお、料金については、別途契約書のとおりお支払いたします。

申込年月日 年 月 日

死亡者氏名

生年月日 年 月 日 (歳) 性別 男・女

住所

※以下は別紙添付でも可

臨床診断

臨床経過

臨床での問題点及び病理解剖の目的

治療情報

感染症情報 HBV () HCV () HIV () 結核 ()