

細胞診検査 依頼用紙

ここから切り離してください

患者様情報

検体ラベル

細胞診検査

記入上の注意

依頼取消数字 25

かかアシ

70000006

カルテNo. _____

患者名 (姓) _____ (名) _____

生年月日 _____

性別 _____

〒 _____

検査料 _____

肺がん検診 (Class判定とABC判定の併記)

市町村 その他 南高

婦人科 子宮腫部・子宮頸管 子宮腫部 子宮頸部 体部 膣断端 膣 外陰 その他 () 液状検体 (LBC) スライド その他 ()

呼吸器 喀痰 蓄痰 (ABC判定併記) 気管支擦過 気管支洗浄 肺胞洗浄 その他 ()

泌尿器 自然尿 膀胱洗浄液 カテーテル尿 右分離尿 左分離尿 その他 ()

その他 胸水 腹水 腹腔洗浄液 胆汁 すい液 リンパ節 関節液 その他 ()

容器数 _____ 個 標本枚数 _____ 枚 添付書類 _____ 枚

検査目的 スクリーニング 以前よりの follow up 前回異常のため再検査 臨床的に悪性を疑う

【婦人科に関する諸事項】 ※診断上大変重要な情報ですので詳細にご記入下さい。

【採取器具】 綿棒 ブラシ (擦過) 吸引 エンドサイト ソフトサイト その他

最終月経： 月 日 日 日 日 日
 経妊 () 回 経産 () 回 現在妊娠 () 週
 閉経 () 才
 ホルモン剤使用：無・有 ()
 手術：無・有 ()

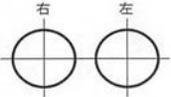
【不正出血】 接触出血 _____ 過多月経 _____ 不規則月経 _____ 閉経後出血 _____ 少量出血 _____ 褐色帯下 _____

【喫煙歴など】 喫煙：無・有 _____ 咳：無・有 _____ 痰：無・有 _____ 血痰：無・有 _____

【投薬・治療など】 ホルモン剤使用：無・有 _____ 放射線療法：無・有 _____ 化学療法：無・有 _____

臨床診断 採取日 月 日

病歴・経過・治療 (出来る限り詳しくご記入下さい)

【コルポ所見】  【X-P所見】  【乳腺所見】 

腫瘍のサイズ：() mm × () mm
 シストの内容量：() mL・色調 ()

過去の受診歴：無・有 細胞診 年 月 日：標本No. _____ 判定 _____
 組織診 年 月 日：標本No. _____ 診断 _____

お願い

当社のラベル以外は絶対に使用しないで下さい。

 検体ラベルは左記のように貼って下さい。

*ラベルはこの依頼書の検体のみにご使用下さい。未使用ラベルは切り離さずにご提出下さい。



より良い標本作製のために

- ・湿固定 (パバニコウ染色用) 塗抹後3秒以内に各種固定液 (スプレー式・95%エタノール等) で乾燥させないように固定して下さい。
- ・乾燥固定 (ギムザ染色用など) 塗抹後冷風乾燥して下さい。

- ・検体の取り扱いについて 喀痰・液状検体 (体腔液、尿、胆汁、髄液、穿刺洗浄液など) は、採取後冷蔵庫 (4~10℃) で保存し、速やかにご提出下さい。
- ・体腔液には、抗凝固剤 (EDTA・ヘパリン等) を少量加えて下さい。
- ・依頼書の記入について 婦人科のスミアは、膣部・頸部で1件、体部で1件となりますのでそれぞれに依頼書をご提出下さい。
- ・年齢・臨床診断・最終月経 (婦人科) 等を必ずご記入下さい。
- ・その他標本作製上などで不明な点がございましたら、病理細胞診課までお問い合わせ下さい。

病理組織検査用と細胞診検査用をお間違えないようご注意ください。