

平成31年3月

細胞診検査依頼書 変更のご案内

謹啓 時下益々ご隆盛のこととお喜び申し上げます。

平素は格別のお引き立てを賜り厚く御礼申し上げます。

この度、下記の検査依頼書につきまして内容およびレイアウトの変更を行うことになりましたのでご案内申し上げます。

何卒ご了承賜りますようお願い申し上げます。

敬 白

記

《検査項目》 細胞診検査

《変更内容》 詳細は裏面をご参照ください。



《依頼書変更内容》

細胞診検査依頼書

① 様

〒

② 性別 男 女

② 年齢 歳

① 提出医 企業団体

① 備考欄

*の箇所は必ずご記入ください。

③ 検査日 月 日 年 月 日 時 分

⑤ 食後時間 分

RB00001

0701

<標本作製法・材料・採取器具もご記入ください>

標本作製法	婦人科	採取器具	呼吸器	体腔液	その他
<input type="checkbox"/> 液状検体 10600	<input type="checkbox"/> 子宮頸部・頸部 P1006	<input type="checkbox"/> ブラシ P2001	<input type="checkbox"/> 喀痰 P1101	<input type="checkbox"/> 胸水 P1301	<input type="checkbox"/> 乳腺穿刺 P1501
<input type="checkbox"/> 直接塗抹 10601	<input type="checkbox"/> 子宮腹部 P1007	<input type="checkbox"/> ヘラ P2002	<input type="checkbox"/> 蓄痰 P1102	<input type="checkbox"/> 胸水(左) P1303	<input type="checkbox"/> 乳頭分泌物 P1505
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 子宮頸部 P1008	<input type="checkbox"/> 綿棒 P2003	<input type="checkbox"/> 気管支擦過 P1103	<input type="checkbox"/> 胸水(右) P1302	<input type="checkbox"/> 甲状腺穿刺 P1601
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 子宮体部 P1009	<input type="checkbox"/> サイトピック P2101	<input type="checkbox"/> 気管支洗浄液 P1105	<input type="checkbox"/> 腹水 P1305	<input type="checkbox"/> リンパ節穿刺 P1701
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 膺断端 P1004	<input type="checkbox"/> エンドサーチ P2102		<input type="checkbox"/> 胸腔洗浄液 P1304	<input type="checkbox"/> 胆汁 P1417
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 膺 P1002	<input type="checkbox"/> エンドサイト P2103	<input type="checkbox"/> 泌尿器	<input type="checkbox"/> 腹腔洗浄液 P1306	<input type="checkbox"/> 膵液 P1420
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 外陰部 P1001	<input type="checkbox"/> ソフトサイト P2104	<input type="checkbox"/> 自然尿 P1201	<input type="checkbox"/> 心臓液 P1307	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> カテーテル尿 P1202		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 膀胱洗浄液 P1206		<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> []
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>

④ 採取材料など

⑤ 臨床診断

⑤ 臨床所見・既往症・治療の経過など

⑦ 前回細胞診No. —

⑦ 前回組織診No. —

*婦人科の場合ご記入ください

⑤ 最終月経 月 日 ~ 月 日

(整・不整)

閉経 歳

妊娠 有・無 妊 産

ホルモン剤の使用 有・無

種類 ()

子宮摘除 有・無

不正出血 有・無

異常帯下 有・無

0000001

アルプ行き

株式会社 アルプ

(01)2001500227018(10)701201902

- ① 病・医院名および提出医名をご記入ください。
- ② 患者名、性別、生年月日をご記入ください。
- ③ 採取日をご記入ください。
- ④ 採取材料にチェックをつけてください。婦人科材料につきましては、標本作製法・採取器具もご記入ください。
- ⑤ 臨床診断名、臨床経過、治療、臨床検査諸事項をご記入ください。(婦人科材料の場合は月経周期や妊娠・授乳の有無・ホルモン剤投与の有無、その他特異所見があればご記入ください。)
- ⑥ 胸部X線像の特異所見があればご記入ください。
- ⑦ 前回の標本番号および診断名がわかればご記入ください。