

病理組織検査報告書 サンプル

受付日	年	月	日
I D No			

施設名	殿 提出医			先生		
科 名	()					
病 棟	カルテNo					
氏 名	殿	性別	年令	才	採取日	年 月 日

受領臓器組織 子宮内膜

臨床診断

病理検査結果
下記参照下さい

所 見

CD138陽性形質細胞数は、

【 7 個／20HPF】です。

※ 検体量が極少量、または変性などの影響でカウントが困難な場合はNAと記載します。

※ 鏡検範囲が20視野に満たない場合は、全視野中のカウントです。

■保険請求の手引き：病理組織顕微鏡検査：(臓器)
：病理組織顕微鏡検査＋酵素抗体法：(臓器)

標本と診断内容は確認済 チェック欄 ☒

本報告内容を院外に公表または発表する時は責任記録医の承認を得ること。

検査日 年 月 日

責任
記録医

報告日 年 月 日

(株)東京セントラルパソロジーラボトリー
〒192-0024 東京都八王子市宇津木町838番1
福保医安登第227号 TEL (042) 696-7003
検査責任者 内村洋志