

病理組織検査報告書

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	年齢	才 採取日	年	月	日

受領臓器組織

臨 床 診 断

病理検査結果

所 見

■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)

検査日 年 月 日
責 任
記録医

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。

報告日 年 月 日

(株)東京セントラルパソロジーラボラトリー
〒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