

依頼解剖届

産業医科大学病院 病院長 殿

解剖日	年 月 日
解剖時間	時 分 ~ 時 分
依頼病院名	
依頼病院住所	〒 _____ 住所 _____ TEL () _____
依頼医師名	
ふりがな 患者氏名	
年齢・性別	歳 男・女
臨床診断	
産業医科大学病院 受診歴	有・無 病名：
執刀医名	

上記の通り依頼解剖を実施しましたので御報告いたします。

病理診断科

科長

⑩