**病理解剖申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A |  |  | ― |  |  | |  |  |  | | |
| 患者ID： | | | | | | | 氏　名： | | | | |
| 診療科： | | | | | | | 年齢・性別：　　　歳　 M・F /生年月日：　　　年　　月　　日 | | | | |
| 依頼医： | | | | | | | 感染症：HBs( )HBc( )RPR( )TPHA( ) | | | | |
| 主治医： | | | | | | |
| 死亡日時：　　　　年　　月　　日　　　　時　　分 | | | | | | | | | | 剖検予定日： | |
| 発病日付：　　　 年　　月　　日 | | | | | | | | | | 職業： | |
| 解剖部位： | | | | | | 治療： | | | | | 開頭： |
| 依頼病名  解剖に関しての希望要点  臨床診断 | | | | | | | | | | | |

産業医科大学病院