大阪母子医療センター 病理検査依頼書

下記のとおり、病理診断を依頼します

施設名	TEL　-　-	医師	
		採取日	年　月　日
ふりがな		生年月日	年　月　日（　歳）
患者氏名			

□提出標本（病理診断Ⅰ）　1. ガラス標本（　　）枚　返却（ 要 ・ 不要 ）
2. その他（　　）

□臓　器（病理診断Ⅱ）　1. 胎盤
2. その他の臓器（　　）

臨床診断	検査目的
1. 2. 3.	1. 2. 3.
主な既往歴、臨床所見、検査成績など	

胎盤の場合は以下もご記入ください。（双胎のときは依頼書を 2 枚提出してください。）

感染症の危険性（いずれかに必ずチェックしてください）《 有（HB・HC・etc　）・無・不明 》
（　　）年（　　）月（　　）日生　在胎（　　）週（　　）日　体重（　　）g
前置胎盤 （無 部分 全 不明）　早期剥離（無 有 不明）　臍帯巻絡（無 有 不明）
妊娠高血圧症候群（無 有 不明）　羊水混濁（無 有 不明）　羊水量（正常 過多 過少）
感染徴候 （無 有 不明）　前期破水（無 有 不明）→（　）日（　）時間
娩　出 （自然 誘発 吸引 帝切〔予定 緊急〕）
出生 Apgar　1 分（　　）点　5 分（　　）点
死産
単胎　双胎（M-D D-D）　（　）胎 第（　　）子

検査費用（後日、事務局を通じて請求させていただきます）

病理診断料Ⅰ：8,130 円
病理診断料Ⅱ：19,054 円（当センターにて標本作成を伴うもの）
※臓器及び、当センターにて作成した標本は原則として返却しません