

病理標本等の借用・標本作製依頼書

2021年4月1日施行

依頼日 年 月 日

依頼者 _____ 所属 _____ 電話/内線 _____

患者氏名 _____ ID _____ 標本番号 _____

- 目的 院内で閲覧
 診断・コンサルテーション
 がん遺伝子検査パネル・治験（ブロック貸出でない場合、標本作製の詳細を記した書面を添付下さい）
 研究（倫理委員会の書類をご添付下さい）
 その他（具体的に）（ _____ ）
- 項目 プレパラート貸出
 パラフィンブロック貸出
 未染標本作製： _____ 枚（必須）、厚さ _____ μm （指定なければ4 μm ）
* 出来上がりましたら連絡を差し上げます。院外への送付は各診療科にてお願いします。
 その他（具体的に）（ _____ ）

* 院外にプレパラート、パラフィンブロックを貸出する場合、病理診断科より直接送付しますので、送付先を詳細にご記載下さい。

施設名 _____ 担当医 _____

住所 _____

電話 _____ E-mail _____

注意事項) 依頼者は病理標本の所用にあたり、上記用途以外に使用せず、個人情報の守秘義務を遵守して下さい。
貸出標本/ブロックは2ヶ月以内に貸出伝票と一緒にご返却ください。
借用/貸出はいかなる事情があっても6ヶ月以上は許容されません。
適切に返却されない場合、以後貸出を停止する場合があります。
返送する場合、簡易書留、ゆうパック等の追跡可能な方法でお願いいたします。
内容によっては作製費用の支払いをお願いする場合があります。

市立札幌病院 病理診断科
〒060-8604 札幌市中央区北11条西13丁目1-1
Tel:011-726-2211/Fax(検査部):011-726-9547
E-mail: takahiro.tsuji@city.sapporo.jp

部門使用欄: 承諾 / 非承諾: 部長 / 他 _____ 未返却なし 検体紛失歴なし

貸出者 _____ 貸出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (院内の場合)受取者 _____