

### Application Sheet of Cytopathology

醫療院所:			申請醫師:
姓名:	生日: 年 月 日	年齡:	病歷號碼:
身分證號:	性別: <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	床號:	病理編號:
臨床診斷:			採檢日期: 年 月 日

檢驗項目 (勾選檢驗項目外，請註明部位或左/右側)

15001C 體液細胞檢查 Body fluid cytology

呼吸道:  Sputum  Bronchial brushing  Bronchial washing  Bronchial lavage  其他\_\_\_\_\_

體液:  Pleural effusion  Ascites  Pericardial effusion  C.S.F.  其他\_\_\_\_\_

泌尿道:  Urine

15007B 穿刺細胞檢查 Needle aspiration cytology

甲狀腺(Thyroid)  淋巴腺(Lymph node)  乳房(Breast)  肺臟(Lung)

縱膈腔(Mediastinum)  肝臟(Liver)  胰臟(Pancreas)  腫瘤(Mass)  其他\_\_\_\_\_

15018B 體液細胞檢查加細胞切片 Fluid cytology plus cell block

體液:  Pleural effusion  Ascites  Pericardial effusion

15021C 薄片細胞檢查 Thin layer cytology

重要病史及檢查:

第一聯：代檢單位 (白)

第二聯：送檢單位 (紅)