

Application Sheet of Histopathology

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:
手術名稱:			手術日期: 年 月 日
組織來源:			送檢日期: 年 月 日
臨床診斷:			收件日期: 年 月 日

檢驗項目	特殊染色
<input type="checkbox"/> 25001C: 第一級外科病理, 眼觀檢查	<input type="checkbox"/> 25010B: 組織化學染色第一類 _____, _____, _____
<input type="checkbox"/> 25002C: 第二級外科病理, 組織鏡檢確認	
<input type="checkbox"/> 25003C: 第三級外科病理, 一般性	<input type="checkbox"/> 25011B: 組織化學染色第二類 _____, _____, _____
<input type="checkbox"/> 25004C: 第四級外科病理, 複雜性	
<input type="checkbox"/> 25024C: 第五級外科病理, 中度複雜性	<input type="checkbox"/> 25012B: 免疫組織化學染色 _____, _____, _____
<input type="checkbox"/> 25025C: 第六級外科病理, 高度複雜性	

重要病史及檢查:						
手術發現:						
<table border="1" style="margin-left: auto;"> <tr> <td>檢體盒內標本數量:</td> <td style="text-align: right;">個</td> </tr> <tr> <td>手術醫師簽名:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>護理人員簽名:</td> <td></td> </tr> </table>	檢體盒內標本數量:	個	手術醫師簽名:		護理人員簽名:	
檢體盒內標本數量:	個					
手術醫師簽名:						
護理人員簽名:						

第一聯：代檢單位（白）  
第二聯：送檢單位（藍）