

細胞診検査依頼書 ○○○クリニック

(標本新規登録後に表示される標本 ID を記入)

依頼医師： _____

診療録 ID： _____ (数字 6 桁、6 桁未満は頭に 0 ゼロを付与)

患者氏名 (カタカナ or ローマ字)： _____

性別： 女 ・ 男

年齢： _____ 歳

採取年月日 (西暦)： _____ 年 ____ 月 ____ 日

採取臓器： 甲状腺 頸部リンパ節 その他 (臓器名： _____)

湿 固 定： 通常スミア _____ 枚 液状処理検体 _____ 枚

固定： スプレー 滴下 エタノール その他 (_____)

染色： パパニコロウ その他 (_____)

乾燥固定： 通常スミア _____ 枚 液状処理検体 _____ 枚

染色： ギムザ ディフ・クイック その他 (_____)

超音波検査所見 (局在、大きさ、形状、画像的特徴等図示)

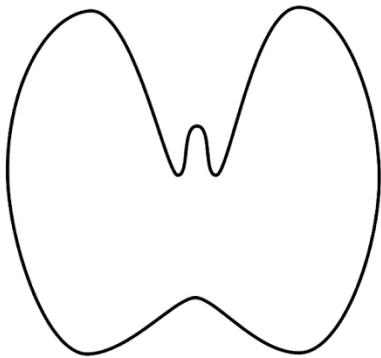
その他病理医への情報 (甲状腺機能、サイログロブリン、他の画像所見、既往の甲状腺疾患、手術歴、家族歴)

初回 ・ 再検 (前回標本 ID _____ 診断： _____)

橋本病 (あり ・ なし ・ 未確認)

各病変に①、②の番号を振り、プレパラートにもその病変番号を記入

病変
番号 ○ 番



疑われる疾患 (複数可)

(主たるもの 1 つに 高←疑いの程度→低)

乳頭癌 (5・4・3・2・1)

濾胞癌 (5・4・3・2・1)

濾胞性腫瘍 (5・4・3・2・1)

腺腫様結節 (5・4・3・2・1)

嚢胞 (5・4・3・2・1)

悪性リンパ腫 (5・4・3・2・1)

髄様癌 (5・4・3・2・1)

石灰化 (5・4・3・2・1)

橋本病 (5・4・3・2・1)

乳頭癌リンパ節転移 (5・4・3・2・1)

_____ (5・4・3・2・1)

_____ (5・4・3・2・1)