

# 病理解剖申込書

登録番号	
氏名	
生年月日	性別
発行日	
科名及び病棟名	
医師名	

死亡時刻	午前	時	分
	午後		

◎この申込書は剖検前に病理部におとどけ下さい。

患者名 (漢字)	年齢	職業
現住所	開頭 可・不可	
臨床診断	大腿骨検査 可・不可	
死因：		
剖検についての希望事項	感染症	
	HBs Ag ( ) VRE ( )	
	HCV Ab ( ) Tbc ( )	
	HTLV-1 ( ) HIV ( )	
	MRSA ( )	
	その他 ( )	
治療(該当するものに○をつけて下さい)	抗癌剤， 副腎皮質ホルモン， ホルモン剤，	
	抗生物質， 輸血， 放射線， 手術， 生検， 被原爆， その他 ( )	
臨床経過の概要		

登録番号：

氏名：

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page. It is intended for the user to provide their registration number and name.