

剖 検 依 頼 書 (剖検前に剖検者にお渡してください)

病院	科	病棟	担当医:			
ふりがな 患者氏名		病歴番号		剖検番号		
年令	才	ヶ月	死産児在胎		週	日
新生児(28日迄)在胎			週	日	生後	日 時
					出生時体重 g	
死亡日時	年	月	日	午前 午後	時	分
剖検	午前 午後	時	分			
0~9	10~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69 70~
住所歴						
職業歴						
家族歴・既往歴(特に問題となること)			地方病: 有 無 被原爆: 有 無			
臨床診断 (入院時・経過中・術前・術後・生検・剖検前・・・どれに該当するか明記)						
臨床経過期間 : 年 月 日 手術後経過期間 : 年 月 日						
治療等 (該当項に○印) 手術・放射線・制癌剤・ACTH・皮質ホルモン・ホルモン 抗生物質・輸血・生検番号()						
臨床上の問題点 (特に剖検で精査を希望する事項を簡条書きに)						
臨床経過と諸検査						

一、患者の職業はなるべく具体的に。

一、剖検後二、三日以内に詳細な臨床経過を規定の用紙に記入ご提出ください。