

保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式

標本等の受取又は受信側

病理標本等の受取又は受信側の医療機関名:			
担当医:	科	殿	依頼日: 年 月 日

標本等の送付又は送信側

病理標本等の送付又は送信側の医療機関名:			
所在地:			
電話番号:	医師氏名:	提出医サイン:	
送付又は送信する材料 ☐ 病理組織標本 ☐ 病理検体 ☐ 病理組織標本のデジタル病理画像			
標本作製の場所(標本又はデジタル病理画像を送付する場合): 院内・院外(施設名称: 標本番号:)			
患者氏名:		(フリガナ) 性別: 男・女	
患者住所			
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 職業: (具体的に) 電話番号:			
保険医療機関間の連携による病理診断についての患者の了解: 有・無			
傷病名:			
臨床診断・臨床経過:			
肉眼所見・診断(略図等):			
病理材料のマクロ写真と切り出し図(鉗子生検等は除く):			
採取日又は手術日: 年 月 日			
提出臓器とそれぞれの標本又はデジタル病理画像の枚数: 1. 2. 3. その他			
既往歴:			
家族歴:			
感染症の有無: 有()・無			
治療情報・治療経過:			
現在の処方:			
病理診断に際しての要望:			
備考:			
病理診断科使用欄: 病理診断科ID			
☐ 病理診断管理加算1 ☐ 病理診断管理加算2 ☐ 悪性腫瘍病理組織標本加算 ☐ 標本作製料 ☐ 病理診断料 ☐ 免疫染色 等()			

※1内視鏡生検等では、内視鏡伝票又は生検部位の写真を添付すること

※2手術材料等では病変部の写真等を含む画像診断報告書資料を添付すること