

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:
患者氏名		病歴番号	剖検番号
年齢	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 ヶ月 日		手術後経過期間: 年 ヶ月 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()			
臨床上的の問題点 (特に剖検で精査を希望する事項を箇条書きに)			
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。