

別紙様式4

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

標本の受取側

病理標本の受取側の医療機関名:	
担当歯科医: 科 殿	依頼日:平成 年 月 日

標本の送付側

病理標本の送付側の医療機関名:	
所在地:	
電話番号:	歯科医師氏名: 提出医サイン:
標本作製の場所: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 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:	
病理診断料使用欄:病理診断科ID <input type="checkbox"/> 口腔病理診断管理加算1 <input type="checkbox"/> 口腔病理診断管理加算2 <input type="checkbox"/> 標本作製料 <input type="checkbox"/> 口腔病理診断料 <input type="checkbox"/> 免疫染色等()	

※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