

九州大学病理学 剖検依頼書

病院外(HIS対象外) 症例

剖検番号

病院 科 主治医 連絡先

フリガナ

患者氏名

性別 生年月日 年 月 日

年齢 年齢区分: 成人 小児 新生児(生後28日以内) 胎児

死亡日時 年 月 日 午前 : 午後 時 分

臨床診断

解剖部位 開頭 開胸 開腹 局所 () 職業

剖検の目的

臨床経過 (治療期間 : 年 月)

(以下、該当項目を記入または○をつけてください)

感染症情報 HBV HCV HTLV1
HIV MRSA 結核
梅毒 CJD
その他()

治療情報 手術 放射線 抗癌剤
抗生物質 ステロイド
ACTH 輸血 透析
人工呼吸器 原爆
その他()

* 手術の既往ならびに術式

剖検所見会の参加可能日について
約2~3か月後に開催
朝 8:30~10:00

希望日:以下の曜日に ○ をつけてください

月 水 金

* 剖検依頼は剖検部門受付(内6073)へ連絡して下さい。
<剖検前に次の3つの書類を提出して下さい。>

剖検依頼書

承諾書

死亡診断書のコピー