

臨床事項記載用紙 提出方法について(院外用)

<概要>

剖検依頼書とは別に切出し時や剖検報告書作成時の参考のため、詳細な臨床事項を記載した書類（臨床事項記載用紙）の作成をお願いします。

<作成方法>

2枚目以降の用紙（1/4～4/4）に詳細な臨床経過を項目に沿って記述してください。所見などは貼付でも構いませんが、片面印刷でお願いいたします。

<CPCに関する項目>

臨床上の疑問・検索を希望する病態等は、必ず 臨床事項記載用紙1ページ目の“臨床上の疑問および検索希望事項”に記述してください。

記述がない場合は、詳細な病理学的検索を行いませんので、CPCで質問されても返答できませんので、“CPCで何を質問したいのか”明確にされる事をお勧めします。

<提出期限・提出先>

剖検当日中に 病理剖検部門 スタッフルームに 直接 提出してください。

もしくは・・・

剖検日から2週間以内 に 下記宛に 郵送で提出してください。

〒812-8582 福岡市東区馬出3-1-1

九州大学大学院 医学研究院 形態機能病理学教室

<その他>

剖検症例は、医学教育目的で発表させて頂く可能性があります。

その場合は、臨床情報の提供や発表に関して臨床側のご協力をお願いします。

《問い合わせ先》

臨床事項記載用紙の提出について

病理剖検部門（6073）

内容や症例についてのご相談

剖検執刀医（代表：形態機能病理学秘書室（6061））

九州大学大学院医学研究院形態機能病理学 作成：2017年9月

最終改訂：2025年3月

病理解剖臨床事項記載用紙(1/4)成人用

臨床科名	主治医 病棟医長	連絡先 連絡先
フリガナ 剖検体氏名	現住所	
臨床診断	診断根拠	
死因	職業	
既往歴	家族歴	嗜好品 酒 タバコ 本/日× 年
臨床上の疑問および検索希望事項		
発症年月日	治療経過年数	
発症の経過および所見		
執刀者名	教室名	研究室 内線：

病理解剖臨床事項記載用紙(2/4)成人用

血圧 / 年 月 日 / 年 月 日

/ 年 月 日 / 年 月 日

画像所見(CT、MRI、血管造影、シンチグラム等)

治療(薬剤種類、投薬期間、用量と効果)：輸血歴等：放射線治療照射部位および線量

手術所見 年 月 日

病理組織検査診断機関名、診断年月日および組織標本番号
(院外の場合、特にコピーを附して下さい)

病理解剖臨床事項記載用紙(3/4)成人用

血液検査、生化学検査、腫瘍マーカー、ウイルス検査等、本症例の疾患に関する主な検査所見欄
(入院時、最新のデータおよび検査日は必ず記載願います)

ECG、EEG、EMG、肺機能検査、心カテ、眼底検査等の生理学的検査所見

病理解剖臨床事項記載用紙(4/4)成人用

本症例の疾患に関する特殊検査及び、その他重要と思われる所見、資料など記載事項欄
(検査日時も記載願います)

