

# 病理解剖申込書

年 月 日

下記遺体につき病理解剖を依頼します。		科	病棟
主治医氏名		連絡先 ( )	
患者名	男・女	生年月日	M・S・T・H・R 年 月 日生 ( 才 月)
ID番号		職業歴	(元 : )
死亡日時	年 月 日	前・後	時 分
本籍	県	現住所	県
臨床診断	発病 初診 入院 感染症 HBV ( ) HCV ( ) COVID19 ( ) 他 ( )		
家族歴			
既往歴	(要点を簡潔に記載し、詳細については後日退院時サマリーを提出してください。)		
剖検で特に明らかにしたい点			