

病理号

请用正楷书写

注意

- 一 病人姓名及标本名称必须在标本瓶上注明，三联条形码必须分别贴在标本瓶和两联申请单上，以免错误。
- 二 标本请全部送检，并立即固定于10%福尔马林溶液内，瓶口宜大，以便取出。
- 三 传染性标本必须注明已做特。
- 四 送检骨标本时，请同时附送X线或CT摄片。

姓名	性别	年龄	籍贯	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚
门诊/住院号	科别	病房	床号	职业
患者地址			患者电话	
送检医院	送检医师		医生电话（必填）	
采集者	采集时间	年 月 日 时 分	接收时间	年 月 日 时 分
主诉				
现病史				
既往史				
实验室检查（临检、生化、免疫等）				
特殊检查（B超、X线、CT等）				
临床诊断				
手术所见及名称				
如是肿瘤，请填写下列各项			如是妇科标本，请填写下列各项	
大小形状 _____			经期及持续时间 _____	
生长速度 _____		色泽 _____	末次月经日期 _____	
活动度 _____		硬度 _____	刮宫日期 _____	
转移及部位 _____			激素治疗日期及剂量 _____	
标本顺序	标本名称	采取部位	若曾做过病理检查，请填写	
1			检查单位 _____	
2			检查日期 _____	
3			切片号码 _____	
4			病理诊断 _____	

第一联 实验室联

条形码

