



神奈川県立循環器呼吸器病センター

コンサルテーション依頼申込書

御依頼元 医療機関名		所属科	
		医師氏名	先生
TEL		FAX	
標本の返却、 請求書の 送付先部署			

フリガナ				〒	—
患者氏名		男・女	住所		
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日(歳)	電話番号	()	—
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> その他()				
当院への受診歴	有(ID:) ・ 無 ・ 不明				
傷病名		依頼目的	病理組織診断 ・ 病理細胞診断		
検体採取日	年 月 日	提出臓器	外科的肺生検 ・ クライオ肺生検 ・ 鉗子生検 ・ 他()		
提出数	プレパラート 枚		画像CD 枚		
臨床診断	(臨床経過および所見、既往歴、家族歴、治療内容などをご記入ください) ※詳細は貴院所定の診療情報提供書にご記入ください。				
	問題点(コンサルテーションの目的)				

<ご注意>

- ・ 料金は1検体につき1件分の料金が発生します。料金は診療報酬で定める診断料に消費税を加えた額で算定します。
- ・ 費用が発生しますので、貴院請求部署にあらかじめご連絡ください。
- ・ 病理標本および画像CDは、診断レポート、請求書とともに着払いで返送します。
- ・ レポートの交付には、標本が当センターに届いてから10日~2週間かかります。
- ・ 標本の作製は承りません。

<送付先>

〒236-0051
 神奈川県横浜市金沢区富岡東6-16-1
 神奈川県立循環器呼吸器病センター 間質性肺炎センター 医療クラークあて
 TEL:045-701-9581 FAX:045-786-4770