

病理学講座御中

病院名

主治医氏名

印

下記遺体につき病理解剖を依頼いたします。

科

病棟

遺体氏名	性別	男女	年齢	歳	か月	職歴
			(年 月 日生)			
死亡日時	年	月	日	午後	時	分
解剖後の処置						
本籍	県	市郡	町村	現住所	県	市郡 町村
遺体引取人住所 氏名						
臨床診断：				発病 年 月 日		
				初診 年 月 日		
				入院 年 月 日		
家族歴：				臨床経過		
既往歴：				年 か月 日		
現病歴：						
入院後経過：						
臨床検査成績：(血圧・ECG・肝・腎機能その他主要検査成績)						
特に明らかにしたい点：						

治療上特記すべき事項	月日 又は量
手術	
放射線	
制癌剤	
皮質ホルモン	
ACTH	
ホルモン	
抗生物質	
輸血	
生検	
被原爆	

備考 臨床病歴は詳細に記入し余白のないときは裏面を利用して下さい。

個人の秘密は厳重に守りますので、職歴も必ず記入して下さい。

