

病理（液状細胞診）検査依頼書 初版：2026年 1 月

検体情報（匿名化した状態での受付のみとなります）

性別	男 / 女	年齢	歳	感染症	有 / 無
識別 ID					カルテIDではなく識別IDを英数字10文字以内で入力
検体数		生検	EMR	Polypec	ESD

材料・依頼項目

固定液	採取方法	
ThinPREP	ブルームブラシ	吸引
SurePath	サイトピック	穿刺
TACAS	綿棒	その他
その他	エンドサイト	

婦人科	呼吸器・嚥痰	液 状 検 体			
子宮腔部	喀痰	自然尿	胆汁	髄液	口腔
子宮頸管	気管支標本	導尿	胆管	耳下腺	リンパ節
腔部・頸部	気管支洗浄	回腸導管尿	唾液	顎下腺	その他
体内膜	肺穿刺吸引	膀胱洗浄液	尿管	右卵巢	
外陰	気管支採取痰	右尿管	胸水	左卵巢	
腔断片	ブラシ洗浄	左尿管	腹水	右乳腺	
腔壁	嚥痰	右腎尿	腹腔内洗浄液	左乳腺	
自己採取	その他	左腎尿	心嚢水	甲状腺	

婦人科材料は以下情報を必ず記入して下さい。

最終月経	年 月 日
	日間
閉経	歳

染色項目

基本染色	特殊染色	免疫染色
パバニコロウ	PAS	
	ギムザ	
	グラム	

- 帳票記入上の注意：記入は黒ボールペンで明瞭に記入ください。
- 標本作製の依頼書です。病理診断についてはお受けできません。
- 保険算定関連について、依頼者にてご判断ください。
- 別紙「弊社病理受託事業へのご依頼に際して（臨床分野）」の注意事項を含めた記載事項を同意の上依頼ください。

受付試験番号	受領確認	検査確認

施設名									
診療科	内科	消化	泌尿	産婦	外科	整形	脳外	皮膚	その他
	入院	担当氏名（カタカナ入力）							採料日時（西暦/月/日）
	外来								

臨床診断
臨床所見・手術所見等（図示ください）
組織の大きさ（シェーマ）、標本作製（図示）