

病理（組織）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

	湿固定	ブロック	未染スライド	凍結検体	その他
固定	<input type="checkbox"/> ホルマリン <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> ホルマリン <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> ホルマリン <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> ホルマリン <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> ホルマリン <input type="checkbox"/> その他 ( )
数量					
ブロック数					
スライド作成					
染色					

消化器	婦人科	その他			
食道	子宮	右腎臓	右肺	皮下腫瘍	右甲状腺
胃	子宮腔部	左腎臓	左肺	軟部組織	左甲状腺
十二指腸	子宮頸部	右尿管	右気管支	右乳腺	胸腺
小腸	子宮内膜	左尿管	左気管支	左乳腺	心臓
虫垂	頸ボリーブ	膀胱	咽頭	リンパ節	骨・軟骨
盲腸	子宮内容物	前立腺	扁桃	脳	骨髄
結腸（上・横・下）	右卵巣	右精巣	副鼻腔	筋肉	腸間膜
S 字結腸	左卵巣	左精巣	舌	血管	腹膜
直腸	右卵管	右副腎	口腔・口唇	大網	滑膜
肛門	左卵管	左副腎	唾液腺	その他（ ）	
肝臓	胎盤	脾臓	縦隔	その他（ ）	
胆嚢	外陰部	脾臓	皮膚	その他（ ）	

染色項目

基本染色	特殊染色				免疫染色		
HE	NADH	クレシルバイオレット	ピクロシリウス赤	ルクトールファーストブルー	α -FP	HCG - β	LCA
	PAM	グロコット	フォンタナ・マッソン	ルナ	ALK	Her2	Lysozyme/ Muramidase
	アザン	ケルンエヒトロート	ベルリン青	ルベアン酸	CD20	IgA	NSE
	アリザリン赤	コッサ	マッソン・トリクローム	ワンギーソン	CD45RO	IgG	PgR
	アルシアン青	コロイド鉄	メチルグリーンピロニン	過ヨウ素酸シッフ	Cytokeratin	IgG4	PSA
	アルシアンブルー + PAS	コンゴ赤	モバット五重染色	酒石酸耐性酸性フอสファターゼ	Desmin	IgM	S-100
	エラスチカ・マッソン	サフラニンO・ファースト緑	ライトギムザ	鍍銀	EGFR	Ki67	UCHL1
	エラスチカ・ワンギーソン	シュモール反応	リントキシグレン酸ヘマトキシリン		EMA	L26	Vimentin
	オイル赤	ズダンIII	その他（ ）		ER	その他（ ）	
	ギムザ	ダイレクト・ファースト・スカーレット	その他（ ）		ERG	その他（ ）	
	グラム	チールネルゼン	その他（ ）		Facter I III	その他（ ）	
	グリメリウス	トルイジン青	その他（ ）		GFAP	その他（ ）	
	クリューパーバレーラ	クリューパーバレーラ	その他（ ）		Glucagon	その他（ ）	

- 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。

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		担当医名（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）

受付試験番号	受領確認	検査確認