

術中迅速診断—足立医療センターにお任せください！

検体を送られる病院



診療情報および術中診断用検体の送付
(バイク便などで送ってください)



病理診断結果の報告
(病理専門医が診断を行い
電話で報告)
後に再検して文章にて報告をお返します。

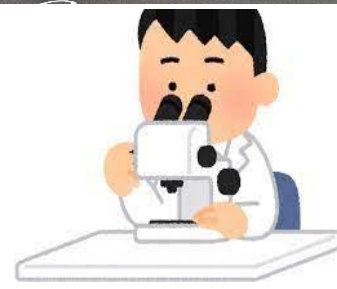
検体の受取側
東京女子医科大学附属
足立医療センター病理診断科



術中迅速診断用の検体抽出



検査技師による術中迅速診断標本作製



病理医による診断

術中迅速診断を依頼する際は**事前連絡**をお願い致します
受付 月-金曜日9:00-16:30

〒123-0872 東京都足立区江北4-33-1

電話番号 03-3857-0111 (ガイダンス4から)

病理診断科: 増永医師 または 黒田医師 まで



※詳しくはQRコードを
スキャンしてください

* 下記をご記入の上、検体に添付し送付してください。青字部分のみご記入ください。

保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式

標本等の受取又は受信側

病理標本等の受取又は受信側の医療機関名:	東京女子医科大学附属足立医療センター
担当医: 病理診断 科	依頼日: 年 月 日

標本等の送付又は送信側

病理標本等の送付又は送信側の医療機関名:
所在地:
電話番号: 医師氏名: 提出医サイン:
送付又は送信する材料 病理検体(術中迅速診断用検体)
標本作製の場所:院外(施設名称:東京女子医科大学附属足立医療センター)標本番号:()
患者氏名: (フリガナ) 性別:男・女
患者住所
生年月日:明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 職業:(具体的に)電話番号:
保険医療機関間の連携による病理診断についての患者の了解:有・無
傷病名:
臨床診断・臨床経過:
肉眼所見・診断(略図等):
病理材料のマクロ写真と切り出し図(鉗子生検等は除く):なし
採取日又は手術日: 年 月 日
提出臓器: 1. 2. 3. その他 ※1
既往歴:
家族歴:
感染症の有無:有()・無
治療情報・治療経過:
現在の処方:
病理診断に際しての要望:
備考:
病理診断科使用欄:病理診断科ID <input type="checkbox"/> 病理診断管理加算1 <input type="checkbox"/> 病理診断管理加算2 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍病理組織標本加算 <input type="checkbox"/> 標本作製料 <input type="checkbox"/> 病理診断料 <input type="checkbox"/> 免疫染色 等()

※1. 例えば、リンパ節、原発巣(部位名)などの形でご記入ください。