

231 新北市新店區中正路 362 號 B 棟 3 F (組織病理科)

To: _____ 醫院

申請醫師: _____

病理組織申請單

主任／醫師 鈞鑒

貴院病人 _____ 因現於本院就醫，惠請准予申請相關病理組織切片以做為診斷治療之參考，感謝貴院撥冗協助。

貴院病歷號：_____ 因病患不知貴院病歷號，懇請以身分證字號查詢。

貴院病理號：_____ 因病患不知貴院病理號，懇請給予腫瘤之切片。

病人身份證字號：_____

預借閱： HE 染色切片，特殊染色切片及報告

申請提供： 一般(HE 玻片)空白片 _____ 片(____um) [請勿烤片]

免疫染色(親水性黏片)空白片 _____ 片(____um)

蠟捲 _____ 捲(____um) [一個 eppendorf 一卷蠟捲]

以作為 _____ 之用。

敬祝

醫祺

天主教耕莘醫院 組織病理科 _____ 醫師

聯絡電話：02-2219-3391 轉分機 65239

傳真：02-2219-3506

年 月 日

病患同意委託申請書

本人 _____ (病歷號 _____) 同意天主教耕莘醫院組織病理科與臨床醫師申請本人於檢體所在醫院之病理切片相關檢查資料，以做為診斷治療之研究參考。

身份證字號：_____

生 日：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

關 係： 病人本人 病人 _____

聯絡電話：_____

檢查病人/立授權書人(或病患無能力之代理人)簽章：_____ 日期：_____