

病理組織檢查委託單

醫院/診所

科

主治醫師

送出日期:

病理實驗室專用 FOR OFFICE USE ONLY

病理號:

收到日期:

病人姓名: 出生日期: 年 月 日 性別: M / F

Name: Birth Date

身份證字號: 病歷號:

ID. No. Chart No.

器官或組織: 切取日期:

Organ or Tissue Date of Resection

臨床診斷:

Clinical diagnosis

病歷摘要:

Brief History (包括主訴及檢查所見)

乳房(乳癌)檢體請填寫

檢體切取日期時間: / / :

檢體固定日期時間: / / :

開刀時所見:

Operative Finding (包括手術名稱 operation method)

前次病理或細胞學檢查號碼 (Previous Biopsy and Cytology No.)

- |                                  |                |   |                |
|----------------------------------|----------------|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> 第一級外科病理 | 25001C _____ 件 | <input type="checkbox"/> 第六級外科病理        | 25025C _____ 件 |
| <input type="checkbox"/> 第二級外科病理 | 25002C _____ 件 | <input type="checkbox"/> 冰凍切片檢查         | 25006B _____ 件 |
| <input type="checkbox"/> 第三級外科病理 | 25003C _____ 件 | <input type="checkbox"/> 免疫組織化學染色       | 25012B _____ 件 |
| <input type="checkbox"/> 第四級外科病理 | 25004C _____ 件 | <input type="checkbox"/> PD-L1 IHC(263) | 30103B _____ 件 |
| <input type="checkbox"/> 第五級外科病理 | 25024C _____ 件 | <input type="checkbox"/> PD-L1 IHC(142) | 30103B _____ 件 |

備註欄: