コンサルテーション依頼書

平成　　年　　月　　日

申込者氏名　　㊞

ご依頼者	依頼施設	
	依頼者/主治医	
患者様	患者名	
	患者番号	
	年齢・性別	歳　（　男・女　）

臨床診断 （画像上の特色、病変の局在、性状、診断に重要な検査所見も合わせて記載ください。）	
ご依頼元での病理（細胞）診断 （コピーも同封ください。）	
送付いただく標本	部位/臓器（甲状腺、副甲状腺、　その他：　　）
	細胞診　　枚（番号　　）
	病理組織標本　　枚（番号　　） 特殊染色　（　あり・なし　）
問題点 （コンサルテーションの目的）	

※記入スペースが足りない場合は、任意の用紙をご利用ください。

診断書送付先	□郵送	郵送先住所： 宛名： 回答：
	□E-mail	メールアドレス:

※診断書（コンサルテーション回答）の送付方法を一つ選んで、宛先を必ず明記してください。

※郵送の場合、返信用封筒（宛先記入と 80 円切手貼付をお願いします）を合わせてお送りください。

覚道　健一

〒631-0006　奈良市西登美が丘 3 丁目 11 番 2 号