

國民健康局委辦台灣病理學會病理諮詢委託單

收件日期：

委託醫院		收件編號	
送檢醫師		諮詢醫師	
病理編號		收件內容	1. 切片：H&E _____ 片
病歷號碼			2. 免疫染色 _____ 片
病人姓名			3. 蠟塊 _____ 個
性別/年齡			4. 其他： _____

臨床診斷：

病史：

全身及局部檢查：

檢驗室及 X 光結果：

手術方式及發現：

Tentative Pathologic Diagnosis：(請務必填寫)

送檢醫師簽名：

聯絡電話：_____

傳真號碼：_____

E-mail：_____

(如有不足，請自行複印)