

台北市重慶北路三段146號
電話：(02)8596-2050轉603,507

病理中心專用
FOR OFFICE USE ONLY

病理號
Pathology No.: _____

收到日期
Date Received: _____

外科病理檢查委託單

REQUEST FOR SURGICAL PATHOLOGY CONSULTATION

送檢醫院 Hospital _____ 病歷號碼 Chart No. _____ 科別 Dept _____ 病床 Ward _____ 送檢醫師 Doctor _____

病人姓名： Name	性別： Sex	生日： 年 月 日 Birth Date	國民身份證號碼： Citizen I.D.No.
---------------	------------	-------------------------	-----------------------------

組織由來： Tissue From	切取日期： Date of Resection
----------------------	----------------------------

臨床診斷：
Clinical diagnosis

病歷摘要： Brief History & Laboratory Data	25001C
---	--------

25002C

25003C

25004C

25024C

25025C

手術前診斷：
Pre-operation Diagnosis

手術發現及手術方式：
Operative Findings &
Surgical Procedures

手術後診斷：
Post-operative Diagnosis

臨床醫師：
Clinical Doctor

通訊欄：