

INFORMATION

No. 2020. 05
2020年5月

病理組織検査、細胞診検査の検査依頼書 および報告書変更のお知らせ

謹啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。
平素は格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。
このたび、病理組織検査、細胞診検査の検査依頼書および報告書
を変更させていただきたくご案内いたします。
何卒、ご了承賜りますようよろしくお願い申し上げます。

敬白

記

【実施日】 2020年7月25日（土）ご依頼分より

【変更内容】

- ・病理組織検査 検査依頼書および報告書
- ・細胞診検査 検査依頼書および報告書
- ※ 詳細内容につきましては次頁からの案内をご参照ください。
- ・専用容器

【注 意 点】

検査依頼書変更に伴い、従来の検査依頼書では検査依頼ができなくなります。
出検に際してご留意お願いいたします。



一般社団法人

福岡市医師会臨床検査センター

〒814-0001 福岡市早良区百道浜1丁目6番9号 TEL(092)852-1506 FAX(092)852-1511

●病理組織検査依頼書

＜属性情報のご記入について＞

- ① 検査区分—「生検」・「手材」どちらかにマークをお願いします。
 - ② 氏名—漢字氏名・カナ氏名をご記入ください。
 - ③ 生年月日—「年号」・「年・月・日」すべてご記入ください。
 - ④ 性別—「男」・「女」どちらかにマークをお願いします。
 - ⑤ 依頼内容—検査依頼内容にマークをお願いします。
 - ⑥ 標本返却—標本返却どちらかにマークをお願いします。
 - ⑦ 標本枚数・検体本数—標本枚数・検体本数をご記入ください。
 - ⑧ 検査材料—ご依頼される検査材料にマークをお願いします。
 - ⑨ 臨床経過及び所見—臨床経過及び所見、採取部位、採取方法をご記入をお願いします。
 - ⑩ 添付書類—添付書類がある場合はマークをお願いします。
- 他の属性情報につきましても、ご記入をお願いします。

*検体ご提出時は検査依頼書に付属しておりますバーコードラベルを貼付してご提出ください。

●病理検査報告書

福岡市医師会 臨床検査センター				病理検査報告書			
病医院名				コード			
TEL	FAX	性別	才	診断委託先			
氏名				TEL	FAX		
標本番号				診療科名	病棟		
				担当医	先生		
カルテ番号	保険種類						
個人コード	受付日		報告日				
検査材料	受付番号		検査番号				
材料採取日	検査区分						
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>臨床経過および所見</p> <p>依頼書のイメージを取り込み 報告書へ貼り付けます。</p> </div>							
切り出し所見 ブロック数 残 有・無 既生検番号	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>切り出し所見</p> <p>本会検査員により記 入いたします。</p> </div>			検査依頼内容 請求情報 染色			
氏名 標本番号 検査材料	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: right;">* 標本と診断内容は確認済 <input type="checkbox"/> チェック欄</p> <p>病理診断</p> <p>病理診断医による診断を印字 または記入いたします。</p> </div>						
<small>※ご報告に関するお問合せは病理検査室までご連絡下さい。 福岡市医師会臨床検査センター 検査責任者</small>							

現在の「依頼書・報告書一体型」でのカーボンによる汚れを回避するため、依頼書と分離し、A4サイズでの専用報告書でご報告いたします。

●細胞診検査依頼書 (※1 クラス分類用)

記入なし
クラス分類用検査依頼書

2

3

7

8

<検査依頼書について>

- ※1 クラス分類用検査依頼書
- ※2 ベセスダ分類用検査依頼書
- 2種類の検査依頼書がございますのでご注意ください。

<属性情報のご記入について>

- ① 採取日時—採取日時をご記入ください。
- ② 氏名—カナ氏名をご記入ください。
- ③ 生年月日—「年号」・「年・月・日」すべてをご記入ください。
- ④ 性別—「男」・「女」どちらかにマークをお願いします。
- ⑤ 標本返却—標本返却どちらかにマークをお願いします。
- ⑥ 標本枚数・検体本数—標本枚数・検体本数をご記入ください。
- ⑦ 検査材料—依頼される検査材料にマークをお願いします。「★」枠部分のみ、同時依頼が可能です。
- ⑧ 臨床所見及び経過—臨床所見及び経過をご記入ください。
- ⑨ 添付書類—添付書類がある場合はマークをお願いします。

他の属性情報につきましても、ご記入をお願いします。

*検体ご提出時は検査依頼書に付属しておりますバーコードラベルを貼付してご提出ください。

●細胞診検査依頼書 (※2ベセスタ分類用)

婦人科細胞診検査依頼書

ベセスタ

1 2 3 4 5 6 7 8 9

ベセスタ分類報告用 検査依頼書

検査材料

臨床所見及び経過

採取器具

下記内容は、診断上重要となりますので、必ずご記入下さい。

月経周期：順 日型・不順
最終月経 月 日より 日間
閉経 才 妊娠 W
分娩 月 日 授乳中 無・有
内膜厚 mm

治療諸事項
抗腫瘍剤使用 無・有
放射線治療 無・有
ホルモン剤使用 無・有
その他の治療手術

20.01

<検査依頼書については2種類の検査依頼書がございますのでご注意ください。>


- ※1 クラス分類用検査依頼書
- ※2 ベセスタ分類用検査依頼書

<属性情報のご記入について>

- ① 採取日時—採取日時をご記入ください。
 - ② 氏名—カナ氏名をご記入ください。
 - ③ 生年月日—「年号」・「年・月・日」すべてご記入ください。
 - ④ 標本返却—標本返却どちらかにマークをお願いします。
 - ⑤ 標本枚数・検体本数—標本枚数・検体本数をご記入ください。
 - ⑥ 検査材料—ご依頼される検査材料にマークをお願いします。
 - ⑦ 臨床所見及び経過—臨床所見及び経過をご記入ください。
 - ⑧ HPV 検査依頼—HPV の検査依頼も同時に可能です。(同時依頼の項目は mRNA HPV です)
※簡易ジエタイプをご依頼の場合は総合検査依頼書にてご依頼ください
 - ⑨ 添付書類—添付書類がある場合はマークをお願いします。
- 他の属性情報につきましても、ご記入をお願いします。

*検体ご提出時は検査依頼書に付属しておりますバーコードラベルを貼付してご提出ください。

●細胞診報告書



一般社団法人
福岡市医師会 臨床検査センター

細胞診報告書

病医院名 コード

診療科名 病棟

担当医 先生

氏名 性別 才 生

カルテ番号 受付日 報告日

個人コード 受付番号 検査番号

保険種類

検査材料

材料採取日 時刻

標本番号

臨床所見及び経過

依頼書のイメージを取り込み
報告書へ貼り付けます。

細胞診診断

細胞診診断医による診断を記
入または印字いたします。

細胞
検査士

指導医

細胞診検査は確定診断ではありません。組織検査等による総合的な確認をお願いいたします。

*ご報告に関するお問合せは細胞診検査室までご連絡下さい。

福岡市医師会臨床検査センター 検査責任者

現在の「依頼書・報告書一体型」でのカーボンによる汚れを回避するため、依頼書と分離し、B5サイズでの専用報告書でご報告いたします。

新容器一覧



オブジェクトケース
プレパレート (スライドグラス)
貯蔵方法：室温



滅菌喀痰採取容器
貯蔵方法：室温



ポリスピッツ
貯蔵方法：室温



ポリスピッツ (尿専用)細胞診
貯蔵方法：室温



喀痰集細胞法
内容：サコマノ氏液、粘液融解剤
貯蔵方法：室温 (冷暗所)
有効期間：製造から1年