

臺北榮民總醫院病理檢驗部

病理切片借片單(病患申請)

病患(姓名) _____ (病歷號) _____ 謹向臺北榮民總

醫院病理部借出病理切片，共 _____ 片，以供 _____ 醫院

判讀，作為診療參考，用畢自當奉還。

***非病患本人申請請攜病患之雙證件，作為委託之證明。**

共計：

| | 病理號 | H.E.染色 | 特別/免疫染色 | 空白片 |
|---|-----|--------|--|--|
| 1 | | | <input type="checkbox"/> 特別染色 <input type="checkbox"/> 免疫染色 | <input type="checkbox"/> coating，厚度____，片數____ <input type="checkbox"/> uncoating，厚度____，片數____ |
| 2 | | | <input type="checkbox"/> 特別染色 <input type="checkbox"/> 免疫染色 | <input type="checkbox"/> coating，厚度____，片數____ <input type="checkbox"/> uncoating，厚度____，片數____ |
| 3 | | | <input type="checkbox"/> 特別染色 <input type="checkbox"/> 免疫染色 | <input type="checkbox"/> coating，厚度____，片數____ <input type="checkbox"/> uncoating，厚度____，片數____ |
| 4 | | | <input type="checkbox"/> 特別染色 <input type="checkbox"/> 免疫染色 | <input type="checkbox"/> coating，厚度____，片數____ <input type="checkbox"/> uncoating，厚度____，片數____ |
| 5 | | | <input type="checkbox"/> 特別染色 <input type="checkbox"/> 免疫染色 | <input type="checkbox"/> coating，厚度____，片數____ <input type="checkbox"/> uncoating，厚度____，片數____ |

病患本人/家屬(簽名)：

與病患之關係：

身分證字號：

住址：

連絡電話：

中華民國 年 月 日

簽發報告醫師簽章：

承辦人簽章：

註：

1. 若需於當日下午借片，請上午 10:30 以前傳真和電話確認，恕不接受直接電話借片。
2. 借片期限一週，空白片不再此限。前片過期未還，恕難續借。
3. 簽名請用正楷書寫，蓋章請用職務章。
4. 病理部電話 02-28712121 分機 89611 或 89607；傳真:02-28757056。