

行政院國軍退除役官兵輔導委員會台北榮民總醫院

## 死後病理檢查請求單

科別：

病房：

門診號：

姓名：

年齡：

性別：

籍貫：

入院日期：

年

月

日

死亡日期：

年

月

日

$\frac{\text{上}}{\text{下}}$ 午

時

分

臨床診斷：

主訴：

現在症：

既往症：

體格檢查：

檢驗室及 X 光檢查：

住院經過：

年 月 日 時 分

主治醫師

申請醫師簽名