

馬偕紀念醫院病理組織檢查委託單

M. M. H. Request Sheet for Histopathological Examination

送自 醫院 床號: 門診 病歷 號
 From Hospital Chart No.
 科 保險 : 一般 健保 職家 牧家 外科病理 號
 Department S. P. No.

病人姓名 年齡 性別 國籍
 Name Age Sex Nationality

組織由來 切取日期 檢查目的
 Tissue from Time of Resection Purpose

臨床診斷
 Clinical Diagnosis

病歷摘要
 Brief History

實驗室檢查發現
 Laboratory Data

X 光檢查發現
 X-Ray Finding

開刀所見
 Op. Finding

前次病理檢查號碼
 Previous Biopsy No.

手術式 手術者 醫師簽名
 Op. Method Operator Doctor's Signature

文件編號/名稱	機密等級	生效日	版本	頁次
MMH-DMS-4-3582-027-G 馬偕紀念醫院病理組織檢查委託單	一般	2022.03.28	01	1 / 1