

## 病理組織切片借閱申請單暨病人委託同意書

\_\_\_\_\_醫院(\_\_\_\_\_分院)病理科部主任/醫師鈞鑑：

貴院病人姓名：\_\_\_\_\_身分證字號：\_\_\_\_\_病歷號碼：\_\_\_\_\_

病理號碼：\_\_\_\_\_

因現於本院就醫，擬向 貴院借閱相關病理組織切片以做為診斷治療之參考。閱後歸還，感謝 貴院的協助。

需求：染色切片（特殊染色及免疫染色）、空白片（\_\_\_\_\_空白片）、蠟塊、報告。

備註：\_\_\_\_\_

敬頌 醫祺

臺大醫院病理部主任 鄭永銘

主治醫師：\_\_\_\_\_ 敬上

申請日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

### 病人委託同意書

立同意書人簽章：\_\_\_\_\_身分證字號：\_\_\_\_\_聯絡電話\_\_\_\_\_

與病人之關係(請圈選)：本人、配偶、父、母、兒、女、其他：\_\_\_\_\_

日期：西元 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

臺大臨床醫師：\_\_\_\_\_科/部、簽章\_\_\_\_\_、院內電話/手機\_\_\_\_\_

臨床聯絡人：\_\_\_\_\_、電話/手機\_\_\_\_\_。

**\*填寫注意事項：** 1. 以上欄位請務必填寫與簽章完整後，送交病理部 03-113 室 賴寶蓮小姐。  
2. 如指定閱片病理醫師，請先聯絡閱片醫師同意簽章，以利後續處理。

回函 病理號碼、數量：染色組織切片：\_\_\_\_\_  
空白組織切片：\_\_\_\_\_  
組織蠟塊：\_\_\_\_\_  
備註：\_\_\_\_\_

回郵地址、可剪貼在信封上、謝謝！

100 台北市中山南路7號

國立台灣大學醫學院附設醫院 病理部

賴寶蓮 小姐 收

(易碎玻片、請勿重壓)

借片聯絡電話：02-23123456 轉 65464 賴寶蓮小姐