

年 月 日

石綿小体検査依頼書

独立行政法人 労働者健康安全機構
神戸労災病院 病 院 長 殿

院長
病院 印

石綿による健康被害の救済に関する法律に基づく申請にあたり、石綿小体の測定をお願いします。

患者氏名（性別）	()
カナ氏名	
生年月日	
住所	
職種	
石綿吸入歴	
喫煙歴	
請求にかかる疾患名	
検体材料	<input type="checkbox"/> 病理解剖 <input type="checkbox"/> 手術（VATS含む） <input type="checkbox"/> その他（)
検体部位	<input type="checkbox"/> 右肺上葉 <input type="checkbox"/> 右肺中葉 <input type="checkbox"/> 右肺下葉 <input type="checkbox"/> 左肺上葉 <input type="checkbox"/> 左肺下葉 <input type="checkbox"/> 部位不明 <input type="checkbox"/> その他（)
検体採取日	
感染症	HBV（-・+） HCV（-・+） STS（-・+） HIV（-・+）
担当医師	診療科
	氏名
担当事務員	所属
	氏名
	連絡先

なお、測定が終了しましたら、結果の送付とともに請求書の提出をお願いします。