（一社）日本病理学会コンサルテーション  
**依　頼　用　紙**　　　　　　　　　　Consultation No.:

　　　　　　　　受付日：

コンサルタント：　　　　　　　先生  
　この度、病理学会コンサルテーションシステムを通じ、下記症例のコンサルテーションをお願いしたく存じます。ご高配くださいますよう、どうぞよろしくお願い申し上げます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **依頼者記入欄** | | | | |
| 依頼者氏名　：　　　　　　　　　　　　　　　（ふりがな：　　　　　　　　　）  所属： 所属住所：〒  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：  E-mail：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日： | | | | |
| 患者年齢：　　　　　歳 | | 性別： | 標本番号： | |
| 臨床診断： | | | 採取日： | |
| 臓器名： | 部位： | | | 領域番号（ガイドライン参照）： |
| **＊２７脳腫瘍、２９・３０骨軟部腫瘍については、別の依頼用紙となります。ご注意ください。** | | | | |
| 標本の種類：　□生検　□手術　□剖検　□細胞診　□その他（具体的にご記入下さい）： | | | | |
| 臨床経過（患者の特定につながる医療機関名などの情報は記載しないこと）：  治療・処置：  肉眼所見：  特染：  問題点：  依頼者の診断： | | | | |

（一社）日本病理学会コンサルテーション

**報　告　用　紙**　　　　　　　　　　　Consultation No.

　　　　　　　　受付日：

**依頼者記入欄**

|  |
| --- |
| 依頼者氏名：　　　　　　　　　　依頼者の所属： 回答送信先１　依頼主E-mail　：　　　　　　　　 　　　　　２　病理学会事務局 ：　jsp-admin@umin.ac.jp |
| 患者年齢　：　　　歳　　　　性別：　　　　　　　標本番号： |

**コンサルタント記入欄**

|  |
| --- |
| 病理診断意見 |
| コンサルタント氏名　：　　　　　　　　　　　　所属：  TEL：　　　　　　　　　 FAX： 標本受理日：  E-mail：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診断日： |

注1：この診断意見は（一社）日本病理学会の活動の一環として無償で提供されたものです。

**診断の最終責任は依頼者にある**ことに留意して下さい。

注2：病理学会コンサルテーション症例をコンサルタントが研究目的に使用する場合は、コンサルタントおよび依頼者の両施設においてIRB審査を受け、さらに両施設で情報を公開しオプトアウトを行う必要があります。

注3：コンサルタントの記入内容（氏名等を含む）は医療訴訟での意見や見解として利用されることを想定・意図したものではありませんので、係争の場には用いないでください。

注4：本コンサルテーションの症例を学会や論文で報告する際には、意見書の作成を行ったコンサルタントに謝辞を述べるなどの適切な対応をお願いします。