GC Labs

세포병리의뢰서

검체인수자	검체인계자
Slip 수:	Sample 수:

의뢰기관명		환 자 명		생 년 월 일		나이 / 성별	
				과명 / 병동		주치의 / ☎	
의뢰기관 Code		등록번호		LMP		임 신 주 수	
의 뢰 일	년 월 일			Menopause		민족(외국인)	
채 취 일	년 월 일			감염성 여부	유 무 (병명)		

※ 주의사항 ※	
	1. 정확한 결과를 위하여 아래의 내용을 반드시 기입해 주십시오. 2. 세침흡인세포검사 (Fine needle aspiration) 의 경우 최대 3 ~ 4장으로 도말하여 주십시오. 3. 검체는 채취, 도말 후 즉시 95% Alcohol에 최소 30분간 고정하여 주십시오. (세포변성 및 건조 방지)

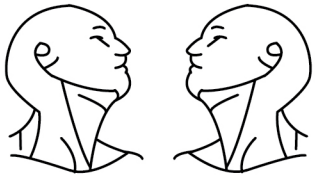
Gynecological examination

	보험코드	항 목	분 류
Gy	☐ C5621	자궁경부질도말 세포병리검사 (Conventional)	☐ Pap smear
	☐ C5624	액상자궁경부질 세포병리검사 (Liquid based)	☐ ThinPrep
	☐ C5621	자궁내막도말 세포병리검사 (Conventional)	☐ Endometrium cytology
Gy(검진)	☐ C5921 (검진)	자궁경부질도말 세포병리검사 (Conventional, 검진)	☐ Pap smear
	☐ C5921 (검진)	자궁내막도말 세포병리검사 (Conventional, 검진)	☐ Endometrium cytology

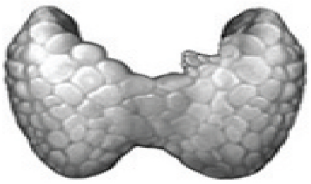
Non-Gynecological examination

	보험코드	항 목	검 체	
Body Fluid	☐ C5622	체액세포병리검사	☐ Sputum (☐ first ☐ repeated)	☐ Urine, voided
	☐ C5627	체액세포병리검사 (Cytospin)	☐ Bronchial washing (brushing)	☐ Joint fluid
	☐ C5625	액상체액세포병리검사 (Liquid based)	☐ Pleural fluid	☐ CSF
	☐ C5622 & C5620	세포절편제작 (Cell Block)	☐ Ascitic fluid	☐ Culdocentesis fluid
			☐ Other :	
FNA	☐ C5623	세침흡입세포병리검사	☐ Thyroid(☐ Rt ☐ Isth ☐ Lt)	☐ Salivary gland
	☐ C5626	액상흡인세포병리검사 (Liquid based)	☐ Breast (☐ Rt ☐ Lt)	☐ Lymph node
	☐ C5623 & C5620	세포절편제작 (Cell Block)	☐ Ovarian cyst (☐ Rt ☐ Lt)	☐ Other :

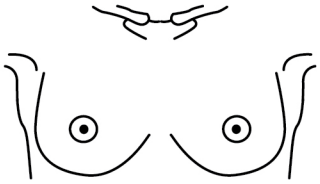
☐ Rt Neck ☐ Lt



☐ Rt Thyroid ☐ Lt



☐ Rt Breast ☐ Lt



임상진단, 영상 및 검사소견 (Clinical diagnosis, Image & Lab findings)

이전 세포병리 결과 (Previous cytology)

FAX : 031-260-9609
검사문의 : 031-260-9659
결과문의 : 031-260-9650, 9659
446-913 경기도 용인시 기흥구 보정동 314
검체검사기관번호 : 41303059 www.gclabs.co.kr

* 의뢰하실 때에는 ☐공란에 V 표시하여 주시고, 의뢰항목이 없을 때에는 기타 검사항목란에 기입해 주십시오.