

検体情報チェックリスト

施設名 _____

FAX厳禁

検体リスト ※お送りいただく検体の個数/枚数をご記入ください。

標本ブロック _____ 個
 HE染色 _____ 枚
 免疫染色 _____ 枚
 未染色標本 _____ μ m(厚さ) × _____ 枚

※できるだけ出血や壊死、炎症細胞等の少ないブロックを選択していただき、HE染色標本(可能であれば免疫染色も)と一緒に郵送ください。
未染色標本は患者情報や施設名等は記載せず、ご提供ください。

患者情報 ※必要事項をご記入ください。

フリガナ _____

患者名 _____ 性別 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

検体の採取方法 ※該当する□にレ点、もしくは必要事項を記入してください。

検体種類 生検検体 手術検体 不明

採取日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

採取臓器

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 中枢神経 | <input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭 | <input type="checkbox"/> 甲状腺 | <input type="checkbox"/> 肺 |
| <input type="checkbox"/> 胸膜 | <input type="checkbox"/> 乳腺 | <input type="checkbox"/> 食道 | <input type="checkbox"/> 胃 |
| <input type="checkbox"/> 大腸 | <input type="checkbox"/> 胆道・胆管 | <input type="checkbox"/> 肝臓 | <input type="checkbox"/> 膵臓 |
| <input type="checkbox"/> 小腸 | <input type="checkbox"/> 子宮 | <input type="checkbox"/> 卵巣 | <input type="checkbox"/> 膀胱 |
| <input type="checkbox"/> 腎臓 | <input type="checkbox"/> 前立腺 | <input type="checkbox"/> 皮膚 | |
| <input type="checkbox"/> その他 | (ご記入ください) _____ | | |

原発巣or転移巣

- 原発巣 転移巣

使用された固定液

- 10%中性緩衝ホルマリン その他の固定液 不明

└──────────┘ (ご記入ください) _____

固定液につかるまでの時間

- 30分以下 30分を超える 不明

固定時間

- <6時間 6-12時間 12-24時間 24-48時間
 48-72時間 72時間< 不明

腫瘍細胞の割合(標本中の全細胞に占める腫瘍細胞の%): _____ %

※ご記入後は、病理検体、病理診断書1部、該当するブロックが記載されている切出し図コピー1部 を同封の上、郵便または宅急便(ワレモノ、室温)にて、島根県立中央病院がん相談支援センターまで郵送をお願いいたします。

宛先 〒693-8555 島根県出雲市姫原4-1-1
島根県立中央病院 がん相談支援センター

- 同封リスト 標本ブロック 検体情報チェックリスト
- HE染色標本 病理診断書1部
- 免疫染色標本(借用可能であれば) 切出し図コピー1部