

## 検体情報チェックリスト

□にレ点、および必要事項を記入の上、貴施設の病理診断報告書及び組織検体と共にご送付ください。

### ◆患者情報

フリガナ				検体保管			
患者名				施設名			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	移植歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険パネル実施	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

### ◆検体情報

診断名		ICD-10/ICD-11		臨床病期 (Stage)	
組織診断名		検体採取日	年 月 日	採取部位	<input type="checkbox"/> 原発巣 <input type="checkbox"/> 転移巣
FFPE ブロック作成日	年 月 日	使用 固定液	<input type="checkbox"/> 10%中性緩衝ホルマリン <input type="checkbox"/>	腫瘍細胞割合(*1)	%
固定 時間	<input type="checkbox"/> 6~48 時間以内、 <input type="checkbox"/>		<b>*1:有核腫瘍細胞割合 20%以上の検体をご提供ください。</b>		

### ▼ 採取臓器 ▼

<input type="checkbox"/> CNS/Brain	<input type="checkbox"/> Head and Neck	<input type="checkbox"/> Eye	<input type="checkbox"/> Lung
<input type="checkbox"/> Pleura	<input type="checkbox"/> Thymus	<input type="checkbox"/> Thyroid	<input type="checkbox"/> Breast
<input type="checkbox"/> Esophagus	<input type="checkbox"/> Stomach	<input type="checkbox"/> Ampulla of Vater	<input type="checkbox"/> Bowel (Colon, Rectum, etc)
<input type="checkbox"/> Liver	<input type="checkbox"/> Biliary Tract	<input type="checkbox"/> Pancreas	<input type="checkbox"/> Kidney
<input type="checkbox"/> Adrenal Gland	<input type="checkbox"/> Bladder/Urinary Tract	<input type="checkbox"/> Prostate	<input type="checkbox"/> Testis
<input type="checkbox"/> Penis	<input type="checkbox"/> Uterus	<input type="checkbox"/> Cervix	<input type="checkbox"/> Ovary/Fallopian Tube
<input type="checkbox"/> Vulva/Vagina	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Bone	<input type="checkbox"/> Soft Tissue
<input type="checkbox"/> Peritoneum	<input type="checkbox"/> Myeloid	<input type="checkbox"/> Lymphoid	<input type="checkbox"/> Peripheral Nervous System
<input type="checkbox"/> その他 (Other)→			

採取方法	<input type="checkbox"/> Biopsy	標本番号:	<input type="checkbox"/> RESECTION	標本番号:	
	<input type="checkbox"/> HE 標本	1 枚	<input type="checkbox"/> HE 標本	2 枚	
	<input type="checkbox"/> FFPE ブロック	1 個	<input type="checkbox"/> FFPE スライド	15 枚	
	⇒ 検体を全て使用してよいか		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
	↓ブロック貸出不可の場合 *原則、ブロックでの提供をお願いします。				
	<input type="checkbox"/> HE 標本	2 枚			
<input type="checkbox"/> FFPE スライド	20 枚以上				

検体送付時の追跡番号		検体送付先・問い合わせ先
配達業者		〒760-0017 香川県高松市番町 4-1-3 高松赤十字病院 腫瘍内科
追跡番号		TEL:087-831-7101 FAX:087-834-7809