

高知大学医学部附属病院 がんゲノム医療センター

病理標本情報チェックリスト

依頼側

施設名

主治医名

連絡先

□にシ点、もしくは必要事項を記入してください(病理標本ブロックのみ受け付けます)

患者

フリガナ

患者名

性別

年齢

病理標本 ブロック番号

個数

個

※ 腫瘍細胞をなるべく多く含むブロックを選定して提出して下さい。

検体の採取方法と品質

採取方法

生検

手術検体

不明

検体採取日

西暦

年

月

日

ブロック作製日

西暦

年

月

日

標本臓器名

骨

脳

乳腺

胸壁

中枢神経

腎臓

肝臓

肺

リンパ節

卵巣

子宮

胃

心臓

筋肉

脾臓

皮膚

胸膜

その他()

原発巣または転移巣

原発巣

転移巣

STAGE

使用された固定液

中性緩衝ホルマリン(%)

非緩衝ホルマリン

ホルマリン以外の固定液()

不明 ※固定液不明の検体は取り扱いません

固定液に浸漬するまでの時間

<30分

>30分

不明

固定時間

<6時間

6-48時間

48-72時間

>72時間

7日以上

不明

標本返却方法

郵送

その他()

特記事項