

# 検体情報チェックリスト

□にレ点、もしくは必要事項を記入してください。

## ■ 患者情報

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者名		年齢	
検体保管施設名		移植歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

## ■ 検体種類

採取日	年 月 日	腫瘍細胞の割合	%
		※有核腫瘍細胞割合>20%の検体をご提供ください。 腫瘍細胞の割合は当院でも確認いたします。	
FFPE 標本番号		HE 標本番号	
固定液	<input type="checkbox"/> 10%中性緩衝ホルマリン	<input type="checkbox"/> 10%中性緩衝ホルマリン以外	
固定時間	<input type="checkbox"/> 6~48 時間	<input type="checkbox"/> 6~48 時間以外 ( ) 時間	
検査に必要な検体がそろっているかご確認の上、下記にチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> FFPE 未染色スライド ( 枚) 厚さ 4~5 μm 表面積 25 mm <sup>2</sup> 以上を 10 枚 <input type="checkbox"/> HE スライド 2 枚			

## ■ 検体情報

診断名		ICD - 10	
組織診断名		臨床病期 (STAGE)	
採取方法	<input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 手術		
採取臓器	<input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 喉頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔・副鼻腔		
	<input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃		
	<input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 虫垂 <input type="checkbox"/> 結腸・直腸 <input type="checkbox"/> 肛門		
	<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 肝内胆管 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 肝外胆管		
	<input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 胸膜		
	<input type="checkbox"/> 胸腺 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 軟部組織 <input type="checkbox"/> 皮膚		
	<input type="checkbox"/> 皮下 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 外陰 <input type="checkbox"/> 膣		
	<input type="checkbox"/> 子宮頸部 <input type="checkbox"/> 子宮体部 <input type="checkbox"/> 卵巣・卵管 <input type="checkbox"/> 腹膜		
	<input type="checkbox"/> 陰茎 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 精巣 <input type="checkbox"/> 腎		
	<input type="checkbox"/> 腎盂・尿管 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 尿道 <input type="checkbox"/> 副腎		
	<input type="checkbox"/> 中枢神経系 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
採取部位	<input type="checkbox"/> 原発巣 <input type="checkbox"/> 転移巣		

## ■ 提供施設

施設名		住所	〒 -
部署名			
担当者名		電話番号	

検体送付先・問い合わせ先 松江市立病院 病理診断科