

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 ^{*1}	%
FFPE 標本番号		HE 標本番号	
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 10 枚			
<input type="checkbox"/> HE スライド 2 枚			

*1：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。

■ 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"/> BIOPSY	<input type="checkbox"/> RESECTION		
採取臓器	<input type="checkbox"/> BONE	<input type="checkbox"/> BRAIN	<input type="checkbox"/> BREAST	<input type="checkbox"/> CHEST WALL
	<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> KIDNEY	<input type="checkbox"/> LIVER	<input type="checkbox"/> LUNG
	<input type="checkbox"/> LYMPH NODE	<input type="checkbox"/> OVARY	<input type="checkbox"/> UTERUS (CORPUS)	<input type="checkbox"/> UTERUS (CERVIX)
	<input type="checkbox"/> STOMACH	<input type="checkbox"/> HEART	<input type="checkbox"/> MUSCLE	<input type="checkbox"/> SPLEEN
	<input type="checkbox"/> SKIN	<input type="checkbox"/> PLEURA	<input type="checkbox"/> OTHER, Specify below (臓器名)	
採取部位	<input type="checkbox"/> 原発巣	<input type="checkbox"/> 転移巣		

検体送付時の追跡番号		検体送付先・問い合わせ先
配送業者		〒700-8558 岡山県岡山市北区鹿田町 2-5-1 岡山大学病院 ゲノム医療総合推進センター
追跡番号		