**検体情報チェックリスト**

□にレ点、および必要事項を記入してください。

* 患者情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | 検体保管  施設名 |  | | |
| 患者名 |  | | | |
| 性別 | | □男　□女 | 年齢 | 歳 | | | 移植歴 | □有　□無 |

* 検体情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診断名 | |  | | | | ICD‐10 | | | |  | | | | | |
| 組織診断名 | |  | | | | 臨床病期（STAGE） | | | |  | | | | | |
| 採取日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | 採取部位 | | | □ 原発巣 □ 転移巣 | | | 腫瘍細胞の割合**※１** | | | ％ |
| **※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。** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ▼　採 取 臓 器　▼ | | | | | | | | | | | | | | | |
| * CNS／Brain | | | | * Head and Neck | | | * Eye | | | | | | * Lung | | |
| * Pleura | | | | * Thymus | | | * Thyroid | | | | | | * Breast | | |
| * Esophagus | | | | * Stomach | | | * Ampulla of Vater | | | | | | * Bowel（Colon, Rectum, etc） | | |
| * Liver | | | | * Biliary Tract | | | * Pancreas | | | | | | * Kidney | | |
| * Adrenal Gland | | | | * Bladder／Urinary Tract | | | * Prostate | | | | | | * Testis | | |
| * Penis | | | | * Uterus | | | * Cervix | | | | | | * Ovary／Fallopian Tube | | |
| * Vulva／Vagina | | | | * Skin | | | * Bone | | | | | | * Soft Tissue | | |
| * Peritoneum | | | | * Myeloid | | | * Lymphoid | | | | | | * Peripheral Nervous System | | |
| * その他（Other）→ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 採 取 方 法 | □ BIOPSY | | 標本番号： | | | | | □ RESECTION | | | 標本番号： | | | | |
| □ HE標本 | | | | １枚 | | | □ HE標本 | | | | | | ２枚 | |
| □ FFPEブロック | | | | １個 | | | □ FFPEスライド | | | | | | 15枚 | |
| 検体をすべて使用してもよい | | | | □ 可　□ 不可 | | |  | | | | | | | |
| **↓ブロック貸出不可の場合 ※ブロックでの提供にご協力お願いします。** | | | | | | |  | | | | | | | |
| □ HE標本 | | | | ２枚 | | |  | | | | | | | |
| □ 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 |  |