**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 | 保険パネル実施 | □有　□無 |

* 検体情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 診断名 |  | ICD‐10 |  | **使用固定液**□ １０％中性緩衝ホルマリン□ **固定時間**□ ６〜４８時間以内□  |
| 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。** |
| ▼　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※原則、ブロックでの提供をお願いします。** |  |
| □ 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 |  |