

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	移植歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険パネル実施	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

■ 検体情報

診断名			ICD - 10			臨床病期 (STAGE)		
組織診断名			検体採取日	年	月	日	採取部位	<input type="checkbox"/> 原発巣 <input type="checkbox"/> 転移巣
FFPE ブロック 作成日	年	月	日	使用 固定液	<input type="checkbox"/> 10%中性緩衝ホルマリン <input type="checkbox"/>		腫瘍細胞 割合*1	%
				固定 時間	<input type="checkbox"/> 6~48 時間以内 <input type="checkbox"/>		*1: 有核腫瘍細胞割合 20%以上の検体をご提供ください。	

▼ 採取臓器 ▼

<input type="checkbox"/> CNS/Brain	<input type="checkbox"/> Head and Neck	<input type="checkbox"/> Eye	<input type="checkbox"/> Lung
<input type="checkbox"/> Pleura	<input type="checkbox"/> Thymus	<input type="checkbox"/> Thyroid	<input type="checkbox"/> Breast
<input type="checkbox"/> Esophagus	<input type="checkbox"/> Stomach	<input type="checkbox"/> Ampulla of Vater	<input type="checkbox"/> Bowel (Colon, Rectum, etc)
<input type="checkbox"/> Liver	<input type="checkbox"/> Biliary Tract	<input type="checkbox"/> Pancreas	<input type="checkbox"/> Kidney
<input type="checkbox"/> Adrenal Gland	<input type="checkbox"/> Bladder / Urinary Tract	<input type="checkbox"/> Prostate	<input type="checkbox"/> Testis
<input type="checkbox"/> Penis	<input type="checkbox"/> Uterus	<input type="checkbox"/> Cervix	<input type="checkbox"/> Ovary/Fallopian Tube
<input type="checkbox"/> Vulva/Vagina	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Bone	<input type="checkbox"/> Soft Tissue
<input type="checkbox"/> Peritoneum	<input type="checkbox"/> Myeloid	<input type="checkbox"/> Lymphoid	<input type="checkbox"/> Peripheral Nervous System

□その他 (Other) → _____

採取 方法	<input type="checkbox"/> BIOPSY	標本番号:	<input type="checkbox"/> RESECTION	標本番号:
	<input type="checkbox"/> HE 標本	1 枚	<input type="checkbox"/> HE 標本	2 枚
	<input type="checkbox"/> FFPE ブロック	1 個	<input type="checkbox"/> FFPE スライド	15 枚
	<input checked="" type="checkbox"/> 検体をすべて使用してもよい	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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。			
	<input type="checkbox"/> HE 標本	2 枚		
<input type="checkbox"/> 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	