

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<br>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<br>(STAGE)                  |                                                              |
| 組織診断名            |       | 検体採取日     | 年 月 日                                                             | 採取部位                             | <input type="checkbox"/> 原発巣<br><input type="checkbox"/> 転移巣 |
| FFPE ブロック<br>作成日 | 年 月 日 | 使用<br>固定液 | <input type="checkbox"/> 10%中性緩衝ホルマリン<br><input type="checkbox"/> | 腫瘍細胞<br>割合※1                     | %                                                            |
|                  |       | 固定<br>時間  | <input type="checkbox"/> 6～48 時間以内<br><input type="checkbox"/>    | ※1：有核腫瘍細胞割合<br>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   |
| <input type="checkbox"/> その他 (Other) → _____ |                                                  |                                           |                                                      |

|                  |                                                                                                          |        |                                    |       |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------|-------|
| 採<br>取<br>方<br>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<br>※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<br>岡山大学病院 ゲノム医療総合推進センター |
| 追跡番号       |  |                                                     |