いわき市医療センター 個別化医療センター
※この用紙は検体と一緒に当病理診断センターまで**郵送**お願いいたします。

病理ワークシート

がん遺伝子パネル検査に提出する標本について、下記の情報につきましてご記入をお願い致します。ご記入の際、貴院病理検体作製保管状況に詳しい職員へご確認お願い致します。お手数をおかけいたしますが、ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

〇症例情報

カナ 氏名	
生年月日	西暦　　年　　月　　日
検体採取日	西暦　　年　　月　　日
採取部位	
採取方法	生検 ・ 手術 ・ その他（　　）

〇検査情報

パラフィンブロック作成日	西暦　　年　　月　　日
未染色標本作成日	西暦　　年　　月　　日
貴院標本番号	
固定液	10%中性緩衝ホルマリン・その他（ ）
固定液に入れるまでの時間	30分以内、30分～1時間未満、1～3時間未満、3時間超、不明
固定時間	6時間未満、6～12時間未満、12～24時間未満、24～48時間未満、48～72時間未満、72時間超
脱灰液の使用	有 （ 酸性脱灰液 ・ EDTA脱灰液 ） ・ 無
提出検体（部位）の放射線治療歴	有 ・ 無（＊有＝今回の検体が照射範囲内の部位である）
検体確認先 貴院病理検体作製保管状況に詳しい職員	所属： 連絡先：　　（担当　　）