

## ⑩検体情報チェックリスト

### 記入者

氏名 \_\_\_\_\_ 記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

□にレ点、もしくは必要事項を記入してください

### 患者情報

フリガナ

患者名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

### 検体の種類

FFPE標本

①FFPE標本(厚さ10 $\mu$ m)枚数 \_\_\_\_\_ 枚

②FFPE標本(厚さ4 $\mu$ m)枚数 \_\_\_\_\_ 枚

\* 腫瘍細胞の割合を当院でも確認いたします

③FFPE標本作成日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

FFPE ブロック番号 \_\_\_\_\_

### 検体の採取方法

採取方法  BIOPSY  RESECTION  UNKNOWN

採取日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

採取臓器

- |                                     |  |                                 |                                     |
|-------------------------------------|--|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BONE       | <input type="checkbox"/> BRAIN               | <input type="checkbox"/> BREAST | <input type="checkbox"/> CHEST WALL |
| <input type="checkbox"/> CNS        | <input type="checkbox"/> KIDNEY              | <input type="checkbox"/> LIVER  | <input type="checkbox"/> LUNG       |
| <input type="checkbox"/> LYMPH NODE | <input type="checkbox"/> OVARY               | <input type="checkbox"/> UTERUS | <input type="checkbox"/> STOMACH    |
| <input type="checkbox"/> HEART      | <input type="checkbox"/> MUSCLE              | <input type="checkbox"/> SPLEEN | <input type="checkbox"/> SKIN       |
| <input type="checkbox"/> PLEURA     | <input type="checkbox"/> OTHER,Specify below |                                 |                                     |

└───────────┐  
└───────────┘

原発巣or転移巣

原発巣  転移巣

使用された固定液

ホルマリン(10%中性緩衝)  ホルマリン(10%中性緩衝 以外)

不明  ホルマリン以外の固定液

固定液につかるまでの時間

<=30分  >30分  不明

固定時間

<6時間  6-<12時間  12-<18時間  
 18-24時間  >24時間  不明

腫瘍細胞の割合 \_\_\_\_\_ %

STAGE \_\_\_\_\_

