標本をお送りする際、本検体情報チェックリストをご記載いただき、
病理報告書とともに郵送ください。

検体情報チェックリスト

検体リスト　※お送りいただいた検体の個数/枚数をご記入ください。

標本ブロック＿＿＿個
HE染色　＿＿＿枚　　**未染プレパラート＿＿枚**
免疫染色　＿＿＿枚

※原則としてはブロックをお送りいただけますと幸いです。
※未染は5μmの厚さでお願いいたします。

患者情報

フリガナ
患者名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**性別**　＿＿＿　**年齢**　＿＿＿歳

施設名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

検体の採取方法　※該当する□にレ点、もしくは必要事項を記入してください。

検体種類　□ 生検検体　□ 手術検体　□ 不明

採取日　＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

採取臓器

□ 骨	□ 脳	□ 乳腺	□ 胸壁
□ 中枢神経	□ 腎臓	□ 肝臓	□ 肺
□ リンパ節	□ 卵巣	□ 子宮	□ 胃
□ 心臓	□ 筋肉	□ 脾臓	□ 皮膚
□ 胸膜	□ その他		

→（ご記入ください）＿＿＿＿＿＿＿＿

原発巣or転移巣

□ 原発巣　□転移巣

使用された固定液

□ 10%中性緩衝ホルマリン　□ その他の固定液　□ 不明

ご協力ありがとうございました。

北海道がんセンター　がんゲノム医療センター