＊福島医大到着後、コピーして電子カルテにスキャナ取込みお願いします。
原本は、病理部へ提出ください

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。

○　症例情報

カナ 氏名	
生年月日	
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（　　）

○　検査情報

パラフィンブロック作製日	西暦　　年　　月　　日
未染色標本作製日	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（※）	所属： 連絡先：　　（担当　　）

（※）貴院病理検体作製保管状況に詳しい職員