

検体情報チェックリスト

様式2

※該当する□にシ点、もしくは必要事項をご記入下さい。

患者情報

患者名 _____ 性別 男性 ・ 女性 _____ 年齢 _____ 歳 _____
施設名 _____

提出検体

標本ブロック _____ 個 _____
 HE 染色標本 _____ 枚 _____
 未染標本 _____ 枚 切片の厚さ: _____ (μm) (標本作製日: _____ 年 _____ 月 _____ 日)

検体情報

検体種類 生検検体 手術検体 不明

検体採取日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

採取臓器

<input type="checkbox"/> 中枢神経	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 口腔	<input type="checkbox"/> 咽頭
<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔	<input type="checkbox"/> 唾液腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 肺
<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 胸腺	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 食道	<input type="checkbox"/> 胃
<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 虫垂	<input type="checkbox"/> 大腸	<input type="checkbox"/> 肛門
<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 胆道	<input type="checkbox"/> 膵臓	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 副腎
<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 尿管	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 精巣	<input type="checkbox"/> 陰茎
<input type="checkbox"/> 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 子宮体部	<input type="checkbox"/> 卵巣・卵管	<input type="checkbox"/> 膣	<input type="checkbox"/> 皮膚
<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 筋肉	<input type="checkbox"/> 軟部組織	<input type="checkbox"/> 腹膜	<input type="checkbox"/> 骨髄
<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢神経	<input type="checkbox"/> その他(詳細: _____)		

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(詳細: _____) _____ 不明 _____

使用された脱灰液 (※骨や骨周囲の検体の場合)

脱灰せず _____ 酸脱灰 _____ EDTA 脱灰 _____
 その他(_____) _____ 不明 _____

検体採取後固定するまでの時間

30分未満 _____ 30分以上 _____ 不明 _____

固定時間

0~6時間 _____ 6~48時間 _____ 48~72時間 _____
 72時間< _____ 不明 _____