

## 検体情報チェックリスト

□にレ点、もしくは必要事項を記入してください

フリガナ				性	<input type="checkbox"/> 男	
氏名				別	<input type="checkbox"/> 女	
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳
医療機関名						
病期 (stage)						
検体の採取方法	<input type="checkbox"/> 生検検体 <input type="checkbox"/> 手術検体 <input type="checkbox"/> 不明					
採取日	西暦	年	月	日		
	<input type="checkbox"/> 標本作製後3年以内 <input type="checkbox"/> 標本作製後3年以上 <input type="checkbox"/> 不明					
採取臓器	<input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 結腸 <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> 他大腸 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 乳線 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 子宮体部 <input type="checkbox"/> 子宮頸部 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 軟部組織    その他 (    )					
原発巣 or 転移巣	<input type="checkbox"/> 原発巣 <input type="checkbox"/> 転移巣 <input type="checkbox"/> 不明					
使用された固定液	<input type="checkbox"/> 10%中性緩衝ホルマリン <input type="checkbox"/> その他の固定液 (    ) <input type="checkbox"/> 不明 (固定液不明の検体は取り扱い出来ません)					
酸脱灰の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明					
固定液につかるまでの時間	<input type="checkbox"/> 30分以内 <input type="checkbox"/> 30分~1時間 <input type="checkbox"/> 1~3時間 <input type="checkbox"/> 3時間以上 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫					
固定時間	<input type="checkbox"/> 6時間未満 <input type="checkbox"/> 6~48時間 <input type="checkbox"/> 48~72時間 <input type="checkbox"/> 72時間以上 <input type="checkbox"/> 不明					
腫瘍細胞の割合 (判る範囲で)	_____ %					
特記事項						