

がん遺伝子パネル検査用 病理組織検体情報提供書

昭和大学病院 がんゲノム医療センター

患者氏名（ふりがな）	（ ）		
性別	☐ 男	☐ 女	
生年月日	年	月	日
最初に「腫瘍」と診断された時	年	月	日 * 年月だけでも可
希望する検査	☐ FoundationOne ☐ NCCオンコパネル ☐ GenMineTOP ☐ 当院に一任		
提出する病理組織検体の貴院での病理番号			
検体採取日	年	月	日 * 原則 3年以内
検体採取部位（臓器）			
検体採取法	☐ 手術	☐ 生検	
固定液	☐ 10%中性緩衝ホルマリン ☐ その他（ ）		
固定時間	☐ 24時間以内 ☐ 24-48時間 ☐ 48時間以上（ 日間）		
脱灰	☐ なし ☐ EDTA 脱灰 ☐ その他の脱灰（ ） * 酸脱灰不可		
腫瘍組織の大きさ	× mm ² * 25mm ² (16mm ²) 以上		
腫瘍細胞比率	% * 20%以上		
* 未染標本提出の場合のみ記載			
薄切日	年	月	日
切片の厚さ・枚数	μm	・	枚
* FFPE ブロック提出の場合のみ記載			
十分な DNA 量確保のため組織を全て使用しても良い	☐ 可	☐ 不可	
記入日	年	月	日