

# 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			
患者氏名 _____	性別 _____	年齢 _____	
施設名 _____			

## 検体の採取方法

検体種類			
<input type="checkbox"/> 生検検体	<input type="checkbox"/> 手術検体	<input type="checkbox"/> 不明	
採取日			
_____	年	月	日
採取臓器			
<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 胸壁
<input type="checkbox"/> 中枢神経	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 肺
<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 卵巣	<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 胃
<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 筋肉	<input type="checkbox"/> 脾臓	<input type="checkbox"/> 皮膚
<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> その他( _____ )		
原発巣or転移巣			
<input type="checkbox"/> 原発巣	<input type="checkbox"/> 転移巣		
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			
固定するまでの時間			
<input type="checkbox"/> 30分以下	<input type="checkbox"/> 30分を超える	<input type="checkbox"/> 不明	
固定時間			
<input type="checkbox"/> <6時間	<input type="checkbox"/> 6-12時間	<input type="checkbox"/> 12-18時間	
<input type="checkbox"/> 18-24時間	<input type="checkbox"/> >24時間	<input type="checkbox"/> 不明	
腫瘍細胞の割合			
_____ %			
STAGE			
_____			