

がん遺伝子検査外来 予約票

浜松医科大学 地域医療連携室 TEL : 053-435-2637 FAX : 053-435-2849

施設名		電話番号	
診療科		主治医氏名	
患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日 (西暦)	年	月	日
がん病名			
診断日 (西暦)	年	月	日
家族歴 (がん)			
検体の採取日	年	月	日
検体の採取法			
検体の採取臓器	() <input type="checkbox"/> 原発巣 <input type="checkbox"/> 転移巣 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> リンパ節		
治療経過* *各病院所定の様式を添付いただく場合は不要.			
★ 必要資料 チェックリスト	<input type="checkbox"/> A タイプ : 7-10 μ m 厚の未染色 FFPE スライドを連続切片で 7 枚 (50mm ² 以上腫瘍部分を含む)+HE 標本 1 枚 <input type="checkbox"/> B タイプ : 5 μ m 厚の未染色 FFPE スライドを連続切片で 11 枚 (25mm ² 以上の腫瘍部分を含む). <input type="checkbox"/> またはそれらが採取可能な FFPE ブロック (当院でスライドを作成)*。 <input type="checkbox"/> 組織の病理診断書のコピー		

*それ以下の検体量でも検査出来る可能性はありますが、精度が落ちることが予想されます。残余検体は返却いたしますが、組織検体が小さい場合には十分な腫瘍量を提出するために検体が残らず返却できない場合もあります。その後、臨床検査などで提出する必要がある検体の場合は、本検査に提出可能な量の薄切スライドを各施設で作成下さい。