

【がんゲノムパネル検査】組織標本クオリティーチェック申込書（院外用）

※次の太枠の項目の記載をお願い致します。

※パラフィンブロックの提出のみ受付いたします。

記入日	年 月 日		
患者氏名(カナ)			
性別	☐ 男性 ☐ 女性	年齢	歳
検体採取日	年 月 日	採取部位	☐ 原発巣 ☐ 転移巣
採取臓器		標本番号	
固定液	☐ 10%中性緩衝ホルマリン ☐ その他（ ）		
固定時間	☐ 6～48時間以内 ☐ （ ）時間	【推奨：6～48時間】	
パラフィン ブロック作製日	年 月 日	【推奨：3年以内】	
脱灰の有無	☐ 無 ☐ 有（ EDTA・ その他（ ） ）		
組織診断名			
患者状態（PS）	0 ・ 1 (PS2以上の患者さんは検査できません)		
採取から固定 までの時間	☐ （ ）時間 ☐ 不明	【推奨：室温30分以内・冷蔵3時間以内】	

※下記は山口大学医学部附属病院で記載いたします。

診療科		ID	
依頼担当医		連絡先（PHS）	
患者状態（PS）	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 （外来検査受診時に記入）		
提出予定パネル	・ FoundationOne	【面積25mm ² 以上、腫瘍細胞割合30%以上（最低20%以上）】 （4～5μm厚10枚・HE）	
	・ GenMineTOP	【面積16mm ² 以上、腫瘍細胞割合20%以上】 （5μm厚16枚or10μm厚8枚、HE、要採血）	
	・ NCCオンコパネル	【面積16mm ² 以上、腫瘍細胞割合20%以上】 （5μm厚10枚or10μm厚5枚、要採血）	
	・ その他（ ）		

標本番号-枝番号			
腫瘍面積		腫瘍割合	%
マーキングの有無	有 ・ 無		

がんゲノムパネル検査

年 月 日

署名