■病理組織事前診断提出用チェックリスト

フリガナ 氏　　名	

病院名			
診療科		担当医	
電話番号		メール （任意）	

検体情報　下記をもれなくご記入ください 。

病理識別番号	
病理診断名（英語）	
検体採取日	年　　月　　日
検体採取部位	□原発巣　□転移巣　□不明
具体的な採取部位（臓器名）	
検体採取方法	□手術　□生検　□その他
腫瘍含有率	％　必ずご記入お願いします

以下を確認し□にチェック【✓】を入れてください

□ 患者ががん遺伝子パネル検査の適応を満たしている。

□ 病理組織事前診断料について患者に説明している。（11,000 円（税込）／1 回）

※これはがん遺伝子パネル検査ではなく組織評価のための検査であり、費用が発生すること。
また、がん遺伝子パネル検査に至らない場合もこの費用は発生すること。

□ 病理組織事前診断　申込書・同意書【様式 2】を患者（同意者）もしくは代諾者が記載している。

□ 標本はがん遺伝子パネル検査用病理検体の提出について【参考資料 1】を基に作製している。

□ 診断の標本は、パネル検査用に提出する標本を作製（10 枚程度）するだけの範囲が確保できる部位から選択している。

□ 標本は、1 枚のスライドに 1 切片のみとし、すべて同一ブロックから薄切りされている。

□ 検体情報がもれなく記入されている。

検査に必要な添付資料　以下を確認し□にチェック【✓】を入れてください

□ がんゲノム外来　申込書　【様式 1】

□ 病理組織事前診断申込書・同意書　【様式 2】

□ HE 染色標本　1 枚　**（返却不可）**

□ 病理診断報告書

□ 切り出し図（ある場合）

□ 病理組織事前診断提出用チェックリスト【様式 3】

※上記をすべて同封の上、追跡可能な方法（レターパックなど）で送付してください。