

検体情報チェックリスト

□にし点、もしくは必要事項を記入してください

患者情報

フリガナ

患者名 _____ 性別 _____ 年齢 _____

施設名 _____ 主治医名 _____

検体の種類

自施設にて採取 FFPE ブロック番号： _____

他施設より取り寄せ 施設名： _____

使用された固定液

ホルマリン 不明 ホルマリン以外の固定液
↳ _____

固定液につかるまでの時間

≤60分 >60分 不明

固定時間

<6時間 6~24時間 24~72時間
 >72時間 不明

検体返却先について

※検体は原則、主治医の先生に返却しますが、それ以外の所に返却を希望される場合は、下欄にご記入ください

施設名

住所 〒 _____

部署名

担当者名

電話番号