

慶應義塾大学医学部 腫瘍センター

〒160-8582 東京都新宿区信濃町 35 代表 Tel 03-3353-1211 Fax 03-5315-4495

送付先:: _____ 病院

_____ 御机下

Fax _____ 日付: / / 送信枚数: _____

発信元: 慶應義塾大学医学部 腫瘍センター ゲノム医療ユニット

TEL: 03-5315-4374 FAX: 03-5315-4495

病院 先生 御机下 平素より大変お世話になっております。

貴院より、「がん遺伝子外来」にご紹介頂きました 患者: _____ 殿 (年齢 性) につきまして、遺伝子検査に必要な病理検体のご準備をお願い致したく、ご連絡させて頂きました。大変お手数をお掛け致しますが、担当部署とご相談のうえ、下記のようにご対応頂けますよう、お願い申し上げます。

【ご用意頂く病理検体】

- * HE 標本 3 枚(未染標本を作製したものと同一ブロックから作製)
- * 未染色標本 4 枚(5 μm厚・コーティングガラス)
- * 未染色標本 10 枚(10 μm厚、ノンコーティングガラス)

大変お手数ですが、別紙「検体送付・受領書」に必要事項をご記入頂き、

病理検体、病理診断書コピー、該当するブロックが記載されている切り出し図コピーを同封の上、郵便または宅急便(ワレモノ・室温)にて郵送をお願い致します(別紙の送付表を同封して下さい)。尚、郵送が間に合わない場合には、患者さんに渡して、受診当日持参でも構いません。
(患者さんに渡した際に、下記の送付表にて FAX をお願い致します。)

受領時には、FAX で受領のご連絡をさせて頂きますので、ご確認ください。

該当する病理検体がない、あるいは、病理検体の選定や送付に際しまして何かご不明な点がございましたら、お気軽にご連絡下さい。

＊＊病理検体送付に関するお問い合わせ＊＊

貴院 病理番号 () の腫瘍細胞含有割合
が最も多いパラフィンブロックから、上記検
体の作製を何卒よろしくお願ひ申し上げま
す。

〒160-8582 東京都新宿区信濃町 35

総合医科学研究棟 3 階 3-S5

慶應義塾大学医学部 腫瘍センターゲノム医療ユニット

Tel 03-5315-4374

Fax 03-5315-4495 西原 広史 山田 寛

慶應義塾大学医学部 腫瘍センター

検体送付・受領書

・病院名:

・患者氏名:

・年齢: 歳

・性別:

※ 提出する標本番号(標本番号 - 枝番)

* * * 病理標本送付先 * * *

〒160-8582 東京都新宿区信濃町 35

総合医科学研究棟 3 階 3-S5

慶應義塾大学医学部 腫瘍センター

ゲノム医療ユニット

Tel: 03-5315-4374

西原広史 山田寛 宛

検体取り違え防止のために、必ずご記入ください

・患者持参(患者さんに手渡しの場合、こちらのチェックボックスにチェックをお願い致します。)

・送付日(郵送の場合はこちらにチェックして下さい。)

・送付担当者

※ この用紙に必要事項を記入し、

病理検体、病理診断書コピー1部、切り出し図コピー1部を同封の上、
送付、または患者さんへお渡し下さい。

(以下は、当院にて記載します)

病院 先生机下

上記検体を受領致しました。

受領日:受領者:

慶應義塾大学医学部 腫瘍センター ゲノム医療ユニット

西原広史 山田寛