

慶應義塾大学病院

送付先: _____ 病院 _____
_____ 科 _____ 先生 御侍史

Fax: _____ 日付: _____ 送信枚数: 2

発信元: 慶應義塾大学医学部 ゲノム医療センター
TEL: 03-6709-8101 FAX: 03-5315-4562

重要:FAX を受領されましたら、確認のため 03-6709-8101 まで、お電話でのご連絡をお願いいたします。

平素より大変お世話になっております。

この度は、貴院において検体を採取された下記の患者様について、遺伝子検査を行うにあたり、必要な病理検体のご準備をお願いしたく、ご連絡いたしました。大変恐縮ではございますが、下記の事項についてご対応いただけますよう、お願い申し上げます。

(フリガナ)	生年月日
患者氏名	西暦 年 月 日 (歳)

【送付いただきたいもの】

☐ 病理検体

① HE 標本 3 枚

② 未染色標本 10 枚 (10 μ m 厚、ノンコーティングガラス) : HE 標本と同一ブロックより

※ 貴院で保管されている病理検体の腫瘍細胞含有割合が最も高いパラフィンブロックを用いて、上記の検体の作製をお願いいたします。

※ 送付頂いた病理検体は返却出来かねますので、ご了承ください。

☐ 上記病理検体の病理診断書のコピー

☐ 検体送付・受領書 (この FAX の 2 枚目の用紙)

※ 必要事項のご記入をお願い申し上げます。

お手数をおかけいたしますが、上記の**病理検体**、**病理診断書のコピー**、**検体送付・受領書**を同封し、**郵便または宅急便(ワレモノ、室温)**でお送りください。

受領後、FAX にて受領のご連絡を差し上げます。

病理検体の選定や送付についてご不明な点がございましたら、下記連絡先までお問い合わせください。

*** 病理検体送付に関するお問い合わせ先 ***

〒160-8582 東京都新宿区信濃町 35

慶應義塾大学病院 臨床検査科 ゲノム検査室

慶應義塾大学病院

Tel: 03-6709-8101

担当者:吉田 和広

検体送付・受領書

・病院名：【 】
・F A X：【 】

* * * 病理標本送付先 * * *

〒160-8582 東京都新宿区信濃町 35

慶應義塾大学病院 臨床検査科 ゲノム検査室

Tel: 03-6709-8101

担当者:吉田 和広

(フリガナ)	生年月日			
患者氏名	様	西暦	年	月 日 (歳)

提出する標本番号(標本番号 - 枝番)(検体取り違い防止のために、必ずご記入ください)

--

☐患者持参（患者さんに手渡しの場合、こちらにチェックをお願いいたします。）

☐ 郵送（郵送の場合、こちらにチェックをお願いいたします。）

・送 付 日:【 】

・送付担当者:【 】

※ この用紙に必要事項を記入し、病理検体、病理診断書のコピーを同封の上、送付または患者さんへお渡し下さい。

受領情報(以下は受領時に当院で記載いたします)

・受領日:

・受領者:

備考： 上記検体を受領いたしました。

慶應義塾大学医学部 がんゲノム医療センター