

# 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 様	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 4 枚 (5  $\mu$ m 厚、コーティングガラス) : HE 標本と同一ブロックより
- ③ 未染色標本 10 枚 (10  $\mu$ 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

### ☐ 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