

関係医療機関各位

群馬県立がんセンター
がんゲノム医療連携室
室長

がんゲノム遺伝子パネル検査 病理組織検体再提出のお願い

日頃から本県のがん医療の推進につきまして、ご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

病理組織検体が再提出になる場合は新たな診療情報提供書・検体情報を提出してくださいようお願いいたします。

新たに採取しました検体情報をご記入ください。

☐ 検体情報

◆再提出組織について

検体採取日（採取のための手術または生検をした日）	年 月 日
検体採取方法	<input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他【詳細： 例：腹水穿刺】
検体採取部位	<input type="checkbox"/> 原発巣 <input type="checkbox"/> 転移巣 <input type="checkbox"/> 不明
具体的な採取部位(臓器名) 病理検体番号	_____ (臓器名) _____ (病理検体番号)
採取時の臨床病期	Stage： 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 該当せず (該当するものに○をつけてください)

◆原発巣について

病理診断名（英語）	
-----------	--

☐ 再提出組織の病理診断報告書

☐ 再提出組織の切出し図（必須）

群馬県立がんセンター地域連携室までご郵送ください。
よろしくお願いいたします。