

# HER2 FISH

(臨床情報、患者情報、既往病理組織番号などが不十分の場合検査に支障をきたす場合がありますので、正確に記載してください。また提出する組織も正確に記入してください。)

弘前大学大学院医学研究科  
分子病態病理学講座  
036-8562 弘前市在府町5  
TEL 0172-39-5025  
FAX 0172-39-5026

依頼者:	病院	科	医師名:
連絡先電話番号	-	-	内線
(ふりがな )			
患者氏名:	性別 M F		
患者生年月日	明・大・昭・平	年	月 日生 歳
臨床診断:	提出臓器		
病理診断  (病理診断報告書を添付してください)	<input type="checkbox"/> 乳腺		
	<input type="checkbox"/> 胃		
			その他 ( )
			(提出臓器をチェックしてください)
臨床経過および臨床上の問題点	既往病理組織検査番号:		
			依頼施設
			HER2 IHC
			FISH
			Count

受付番号 FISH -	年	月	日	診断者	月	日	報告
-------------	---	---	---	-----	---	---	----