

HER2・ER/PgR診断

(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。また提出する臓器、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	<input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 胃		
	その他()		
(病理診断報告書を添付してください)	<input type="checkbox"/> 原発巣 <input type="checkbox"/> 転移巣		
臨床経過および臨床上的問題点	標本番号		
	診断項目		
	<input type="checkbox"/> HER2 <input type="checkbox"/> Ki-67		
	<input type="checkbox"/> ER/PgR <input type="checkbox"/> HER2 FISH		
	<input type="checkbox"/> ERのみ		
<input type="checkbox"/> PgRのみ			
(提出臓器、標本番号、診断項目を記入してください)			

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