



神戸大学医学部附属病院病理部 先端組織染色センター

外部施設用

標本作製依頼書

本依頼書と検体を一緒にして送ってください。破損を防ぐため十分な梱包をお願いいたします。破損があった場合には依頼に応じられない場合があります。

〒650-0017
神戸市中央区楠町7丁目5-2
Tel. 078-382-6474 (病理部)

使用開始日:2025/2/1

貴施設標本番号		当センター番号	
臓器名		固定液	<input type="checkbox"/> ホルマリン (%) <input type="checkbox"/> 緩衝ホルマリン <input type="checkbox"/> その他 ()
提出検体種類	<input type="checkbox"/> 凍結 個 <input type="checkbox"/> 固定材料 個 未染色標本でのご依頼の際は、予備分もご送付ください。 <input type="checkbox"/> ブロック (返却の必要 あり・なし) 個 ※免疫染色にはコーティングガラスが必要です。その種類によっては染色不良となる場合がありますが、その際には連絡申し上げます。 <input type="checkbox"/> 未染 (コーティングガラス: yes・no) 枚		

診断、目的

依頼内容 ※染色項目 (抗体名等) は下記の枠内に記載してください。

依頼染色名			

当センター使用欄

検査項目	枚数・個数
ブロック作製	
薄切 1枚目	
薄切 2枚目以降	
HE染色	
特殊染色 (一般)	
特殊染色 (銀・酵素)	
免疫染色 (一般)	
免疫染色 (ホルモンレセプター)	
免疫染色 (HER2)	
免疫染色 (CCR4)	
免疫染色 (EGFR)	
免疫染色 (BFAF V600E)	
免疫染色 (ALK融合タンパク)	
免疫染色 (ISH)	
その他	

料金見積り 必要

- 1. 標本作製前に送付 (メール送信でのみ対応いたします) ※
- 2. 標本返却時同封

※1. の場合、料金をご確認後、標本作製を依頼されるか否かをご連絡ください。正式に依頼を受けたのちに工程を開始します。

- 当センターでは十分な精度管理を行っておりますが、技術的限界により偽陽性、偽陰性、非特異反応などが発生することがありますのでご注意ください。不良結果が出た場合、再染色などで検討いたしますが、検体の状態や抗体によっては望ましい結果をお渡しできない場合があることをご了承ください。
- 当センターでは一部を除き研究用試薬・抗体を用いています。また、本センターの免疫染色によって生じた損害について、一切責任を負いません。

染色結果	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 内因性ビオチン注意 <input type="checkbox"/> 弱い実用上問題なし	<input type="checkbox"/> 非特異的反応注意 <input type="checkbox"/> 反応せず <input type="checkbox"/> 陽性コントロールなし	checker _____
------	---	---	---------------

ご住所	〒	電話番号	()	(内線:)
貴施設名		部署		
依頼者		備考		