

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

# 病理検査案内

## (1次サンプル採取マニュアル)

使用開始日 : 2025年8月1日

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

項目番号	項目	ページ
1	病理部の所在地	3
2	病理部連絡先および業務時間	4
3	院内検査項目・採取容器	4
4	検査依頼方法	9
5	採取容器	26
6	一次サンプル採取手順	31
7	搬送手順	32
8	検体受入	32
9	追加検査の依頼手順	34
10	結果報告	35
11	アドバイスサービスの案内	35
12	個人情報保護に関する病理部の方針	36
13	苦情処理手順	36
14	検査依頼以外の目的の検査へのサンプルの使用	36
15	災害時の対応	36
16	参考文献	37

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

## 1. 病理部の所在地

JA新潟厚生連長岡中央総合病院組織の一部として存在

郵便番号 〒940-8653

新潟県長岡市川崎町2041番地



文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

## 2. 病理部連絡先および業務時間

検査項目、検査結果、検査容器など検査に関する問合せは下記の担当部署に連絡してください。

夜間、休日に組織診断検体を採取した場合はホルマリン浸漬後、室温保存し、後日病理部へ提出してください。

また、夜間、休日に細胞診液状検体等を採取した場合は冷蔵保存し、後日病理部に提出してください。

平日時間外にやむを得ず検体を提出する場合は、17:00前に病理部へ連絡してください。

日常業務時間は 8:30~17:00

夜間・休日：組織診断検体はホルマリン浸漬後室温保存、細胞診検体は冷蔵保存（後日病理部に提出）

	場所	業務内容
病理学的検査	病院2F 病院1F	細胞診、組織診断、病理解剖
夜間 (17:00 ~ 8:30) 休日	各病棟	・組織診断検体：ホルマリン浸漬後室温保存し、後日病理部へ提出 ・細胞診検体：冷蔵保存し、後日病理部へ提出 (平日時間外にやむを得ず提出する場合 17:00前に病理部へ連絡)

## 3. 院内検査項目・採取容器

### (1) 病理学的検査

	検査項目	検査方法	試薬メーカー	採取容器	添加剤	検査材料	保存条件	所要日数	採取・提出条件	依頼材料 保存期間
病理診断	手術	HE染色・特殊染色・免疫染色	武蔵化学・ニチレイ	大小タッパー 8 mL 10%中性緩衝ホルマリン入り瓶	10%中性緩衝ホルマリン	手術材料	室温	数週間	採取後速やかにホルマリンに浸漬してください	残検体がある場合は2年 ブロックは10年間保存
	生検	HE染色・特殊染色・免疫染色	武蔵化学・ニチレイ	8 mL 10%中性緩衝ホルマリン入り瓶	10%中性緩衝ホルマリン	生検	室温	1週間	採取後、速やかに入り容器に入れて下さい	
	病中診断	HE染色・特殊染色・免疫染色	武蔵化学・ニチレイ	8 mL小瓶 200 mL滅菌カップ	生理食塩水	生検	室温	1時間以内	採取後速やかに提出してください	
細胞診検査	婦人科	パバニコロウ染色	武蔵化学	BD SurePath collection vial	BD SurePath保存液	LBC検体	室温	1週間	採取後、速やかにプランをバイアル内に入れて下さい	バイアル・2ヶ月
	喀痰	パバニコロウ染色	武蔵化学	YM式喀痰固定液バイアル	YM式喀痰固定液	喀痰	室温	1週間	採取後速やかに提出してください	バイアル・2ヶ月
	気管支擦過・気管支洗浄	パバニコロウ染色 マイ・ギムザ染色	武蔵化学	50 mLスピッツ	生理食塩水	擦過洗浄液	室温	1週間	採取後、速やかに提出してください	細胞固定液・保存液 (サイトリッチャード等) 室温保存2ヶ月
	EUS-FNA	パバニコロウ染色 マイ・ギムザ染色	武蔵化学	200 mL滅菌カップ	生理食塩水	穿刺内容物	室温	1週間	採取後、速やかに提出してください	
	体腔液	パバニコロウ染色 マイ・ギムザ染色	武蔵化学	20 mLスピッツ	なし	体腔液	室温	1週間	採取後、速やかに提出してください	
	胆汁・胆液	パバニコロウ染色 マイ・ギムザ染色	武蔵化学	20 mLスピッツ	なし	胆汁・胆液	室温	1週間	採取後速やかに提出してください	
	唾液	パバニコロウ染色 マイ・ギムザ染色	武蔵化学	20 mLスピッツ	なし	唾液	室温	1週間	採取後速やかに提出してください	
	尿	パバニコロウ染色	武蔵化学	採尿カップ	なし	尿	室温	1週間	採取後、速やかに提出してください	
	その他の液状検体 (甲状腺・乳腺/リンパ節等)	パバニコロウ染色 マイ・ギムザ染色	武蔵化学	20 mLスピッツ シンリソジン	なし	穿刺内容物	室温	1週間	採取後、速やかに提出してください	
	術中迅速	パバニコロウ染色・免疫染色	武蔵化学・ニチレイ	シンリソジン	なし	体腔液	室温	1時間以内	採取後、速やかに提出してください	細胞固定液・保存液 (サイトリッチャード等) 室温保存2ヶ月
病理診断	EBU-TBNA	パバニコロウ染色	武蔵化学	滅菌シャーレ	生理食塩水	穿刺内容物	室温	1検体につき1時間以内	採取後、速やかに提出してください	細胞固定液・保存液 (サイトリッチャード等) 室温保存2ヶ月
	手術	HE染色・特殊染色・免疫染色	武蔵化学・ニチレイ	大小タッパー 8 mL 10%中性緩衝ホルマリン入り瓶	10%中性緩衝ホルマリン	手術材料	室温	数週間	採取後速やかにホルマリンに浸漬してください	残検体がある場合は2年 ブロックは10年間保存
	生検	HE染色・特殊染色・免疫染色	武蔵化学・ニチレイ	8 mL 10%中性緩衝ホルマリン入り瓶 その他	10%中性緩衝ホルマリン	生検	室温	1週間	採取後、速やかに入り容器に入れて下さい	診断後、ホルマリン容器に入れてください
	病中診断	HE染色・特殊染色・免疫染色	武蔵化学・ニチレイ	8 mL小瓶 200 mL滅菌カップ	10%中性緩衝ホルマリン	生検	室温	1時間以内	採取後速やかに提出してください	
	婦人科 必要に応じて歯科・口腔外科等	パバニコロウ染色	武蔵化学	BD SurePath collection vial	BD SurePath保存液	LBC検体	室温	1週間	採取後、速やかに提出してください	バイアル・2ヶ月
	喀痰	パバニコロウ染色	武蔵化学	YM式喀痰固定液バイアル	YM式喀痰固定液	喀痰	室温	1週間	採取後速やかに提出してください	バイアル・2ヶ月
細胞診検査	尿	パバニコロウ染色	武蔵化学	10 mLスピッツ	細胞固定液・保存液 (サイトリッチャード等)	尿	室温	1週間	採取後、速やかに送り细胞固定液・保存液を添加し提出してください	細胞固定液・保存液 (サイトリッチャード等) 室温保存2ヶ月
	その他検体 (体腔液/胆汁/甲状腺等)	パバニコロウ染色 マイ・ギムザ染色	武蔵化学	10 mLスピッツ	細胞固定液・保存液 (サイトリッチャード等)	送抹標本 保存液作製標本	室温	1週間	採取後、送抹標本作製後速やかに固定してください	
									速心し速送に細胞固定液・保存液を添加し提出してください	

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

## (2) 委託検査

- ・BML 総合検査案内

総合検査案内を参照してください。

- ・SRL 総合検査案内

- \* 「c-kit 遺伝子変異解析 (GIST)」の依頼ができます。
- \* 「OncotypeDX Breast」の依頼ができます。
- \* 「myChoice 診断システム (卵巣癌)」の依頼ができます。
- \* 「オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx (FFPE)」の依頼ができます。
- \* 「オンコマイン Dx TT マルチ CDx (甲状腺癌) FFPE」の依頼ができます。
- \* 「Amoy Dx 肺癌マルチパネル IVD」の依頼ができます。
- \* 「肺がんコンパクトパネル Dx マルチコンパニオン診断システム」の依頼ができます。
- \* 「BRAF V600E 遺伝子解析」の依頼ができます。

### 注意

上記の「BRAF V600E 遺伝子解析」はダブラフェニブメシル酸塩およびトラメチニブジメチルスルホキシド付加物の固形腫瘍（大腸癌・肺癌・悪性黒色腫を除く）、および有毛細胞白血病患者への適応判定補助を目的としています。

- \* 「FGFR2 融合遺伝子 (FISH)」の依頼ができます。
- \* 「myChoice 診断システム (乳癌)」が依頼できます。

+※ 病理部にて検査可能なコンパニオン診断等は下記の通りになります。

### 肺癌遺伝子解析

(single plex)

検査項目	所要日数	対象遺伝子変異・分子等と関連する医薬品
EGFR遺伝子変異解析	3~6日	ゲフィチニブ、エルロチニブ塩酸塩、アファチニブマレイン酸塩、オシメルチニブメシル酸塩
ROS1融合遺伝子定性	6~12日	クリゾチニブ、エヌトレクチニブ
肺癌ALK/FISH	7~12日	クリゾチニブ、アレクチニブ塩酸塩、ブリグチニブ
PD-L1/22C3	7~10日	ペムブロリズマブ
PD-L1/SP142	7~10日	アテゾリズマブ
PD-L1/22C5	7~10日	デュルバルマブ

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

(multi plex)

	オンコマインTarget Test マルチCD xシステム	Amoy Dx 肺癌マルチ遺伝子PCRパネル	肺がんコンパクトパネルDx マルチコンパニオン診断システム
解析対象遺伝子数	46遺伝子 DNA:37遺伝子 RNA:24遺伝子	9遺伝子 DNA:4遺伝子 RNA:7遺伝子	8遺伝子 DNA:5遺伝子 RNA:4遺伝子
CD x承認項目	EGFR,ALK,ROS-1,BRAF, RET,HER2,MET	EGFR,ALK,ROS-1,BRAF, MET,KRAS,RET	EGFR,ALK,ROS-1,BRAF, MET,KRAS,RET
研究用項目	KRAS,NTRK,etc	HER2,NTRK	HER2
腫瘍細胞含有割合	30%以上	20%以上	5%以上
所要日数	6~11日	4~7日	8~15日

#### オンコマインTarget Test マルチCD xシステム

CDx承認解析対象遺伝子	対象遺伝子変異・分子等と関連する医薬品
EGFR遺伝子変異	ゲフィチニブ、アファチニブマレイン酸塩、オシメルチニブメシル酸塩、エルロチニブ塩酸塩 ダコミチニブ水和物、アミバンタマブ
ALK融合遺伝子	クリゾチニブ、アレクチニブ塩酸塩、ブリグチニブ、ロルラチニブ
ROS-1融合遺伝子	クリゾチニブ、エヌトレクチニブ
BRAF融合遺伝子	ダブラフェニブメシル酸塩及びトラメチニブジメチルスルホキシド付加物の併用投与
RET融合遺伝子	セルペルカチニブ
MET exon14 skipping	テポチニブ塩酸塩水和物、カプマチニブ塩酸塩水和物
HER2遺伝子変異	トラスツマブ デルクスティカン

#### Amoy Dx 肺癌マルチ遺伝子PCRパネル

CDx承認解析対象遺伝子	対象遺伝子変異・分子等と関連する医薬品
EGFR遺伝子変異	ゲフィチニブ、アファチニブマレイン酸塩、オシメルチニブメシル酸塩、エルロチニブ塩酸塩
ALK融合遺伝子	クリゾチニブ、アレクチニブ塩酸塩、ブリグチニブ
ROS-1融合遺伝子	クリゾチニブ、エヌトレクチニブ、レボトレクチニブ
BRAF融合遺伝子	ダブラフェニブメシル酸塩及びトラメチニブジメチルスルホキシド付加物の併用投与
RET融合遺伝子	セルペルカチニブ
MET exon14 skipping	テポチニブ塩酸塩水和物、カプマチニブ塩酸塩水和物、グマロンチニブ水和物
KRASG12C遺伝子変異	ソトラシブ

#### 肺がんコンパクトパネル Dx マルチコンパニオン診断システム

CDx承認解析対象遺伝子	対象遺伝子変異・分子等と関連する医薬品
EGFR遺伝子変異	ゲフィチニブ、アファチニブマレイン酸塩、オシメルチニブメシル酸塩、エルロチニブ塩酸塩
ALK融合遺伝子	クリゾチニブ、アレクチニブ塩酸塩、ブリグチニブ
ROS-1融合遺伝子	クリゾチニブ
BRAF融合遺伝子	ダブラフェニブメシル酸塩及びトラメチニブジメチルスルホキシド付加物の併用投与
RET融合遺伝子	セルペルカチニブ
MET exon14 skipping	テポチニブ塩酸塩水和物
KRASG12C遺伝子変異	ソトラシブ

【他臓器】

検査項目		解析対象分子・遺伝子	必要未染色標本枚数	所要日数	対象遺伝子変異・分子等と関連する医薬品
乳癌	HER2 FISH	乳癌HER2遺伝子変異	4 $\mu\text{m} \times 3$ 枚	10-14日	トラスツズマブ※1
	HER2 低発現 ベンタナ ultra View/パスウェーブ HER2 (4B5)	乳癌HER2遺伝子変異	4 $\mu\text{m} \times 4$ 枚	7-10日	トラスツズマブ デルクステカン
	PD-L1	22C3	4 $\mu\text{m} \times 4$ 枚	7-10日	ペムブロリズマブ
	PD-L1	SP142	4 $\mu\text{m} \times 4$ 枚	7-10日	アテゾリズマブ
	Oncotype Dx Breast	※2	5 $\mu\text{m} \times 15$ 枚	11-25日	-
	myChoice	HRD, BRCA1, BRCA2	5 $\mu\text{m} \times$ 必要枚数 HE標本 : 1枚	18-23日	※3

※1 授与対象：HER2 IHC (2+) → HER2 FISH 陽性

※2 Oncotype Dx Breast は、HR (ホルモン受容体) 陽性、HER2 (-) 、初発の早期浸潤性乳癌患者におけるホルモン単剤療法を行った場合の遠隔再発のリスク  
および化療療法を併用した場合の治療効果の予測を行う。

※3 脳瘍組織から抽出したゲノムDNA中のゲノム不安定性状態 (GIS) およびBRCA1/2遺伝子変異の評価により、相同組換え修復欠損 (Homologous Recombination Deficiency : HRD) を検出し、オラパリブの適応を判定するための補助に用いられる。

卵巣癌	myChoice	HRD, BRCA1, BRCA2	5 $\mu\text{m} \times$ 必要枚数 HE標本 : 1枚	18-23日	※
食道癌	PD-L1 PD-L1	28-8 22C3	4 $\mu\text{m} \times 4$ 枚 4 $\mu\text{m} \times 4$ 枚	7-10日 7-10日	ニボルマブ ペムブロリズマブ

胃癌	HER2 FISH	胃癌HER2遺伝子変異	4 $\mu\text{m} \times 3$ 枚	10-14日	トラスツズマブ※
	PD-L1	28-8	4 $\mu\text{m} \times 4$ 枚	7-10日	ニボルマブ
	PD-L1	22C3	4 $\mu\text{m} \times 4$ 枚	7-10日	ペムブロリズマブ
	CLDN 18	CLDN 18.2	4 $\mu\text{m} \times 4$ 枚	7-10日	ゾルベツキシマブ

※ 授与対象：HER2 IHC (2+) → HER2 FISH 陽性  
初回HER2 FISHでの保険請求不可 HER2 IHC必須

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

甲状腺癌	オンコマインDx TT マルチCD × BRAF V600E (甲状腺癌)	RET融合遺伝子 (甲状腺癌) RET遺伝子変異 (甲状腺様癌)	5 μm × 5-10枚	6-11日	セルペルカチニブ
------	--	-------------------------------------	--------------	-------	----------

頭頸部癌	PD-L1 PD-L1	28-8 22C3	4 μm × 4枚 4 μm × 4枚	7-10日 7-10日	ニボルマブ ペムブロリズマブ
------	----------------	--------------	------------------------	----------------	-------------------

唾液腺癌	HER2 IHC HER2 FISH	唾液腺癌HER2遺伝子変異 唾液腺癌HER2遺伝子変異	4 μm × 3枚 4 μm × 3枚	7-10日 10-14日	トラスツズマブ <sup>※1</sup> トラスツズマブ <sup>※2</sup>
------	-----------------------	--------------------------------	------------------------	-----------------	--

※1 HER2 IHC (3+)  
※2 HER2 IHC (2+) → HER2 FISH 陽性  
初回HER2 FISHでの保険請求不可 HER2 IHC必須

大腸癌	RAS/BRAF HER2 IHC HER2 FISH MSI	K-RAS, N-RAS, BRAF V600E 大腸癌HER2遺伝子変異 大腸癌HER2遺伝子変異 マイクロサテライト不安定性	10 μm × 5-10枚 4 μm × 3枚 4 μm × 3枚 10 μm × 5-10枚 必要に応じて血液を提出	4-8日 7-10日 10-14日 6-14日	セツキシマブ トラスツズマブ ペルツズマブの併用※ ニボルマブ
-----	--	---	---	----------------------------------	--

※ HER2 IHC (3+)  
HER2 FISH 陽性  
HER2 IHC (2+) にてHER2 FISHを実施した場合、保険請求はどうしたらか一方のみ

胆道癌	FGFR2融合遺伝子 (FISH)	FGFR2融合遺伝子	4 μm × 3枚	8-14日	タスルグラチニコバク酸塩
-----	-------------------	------------	-----------	-------	--------------

子宮頸癌	PD-L1	22C3	4 μm × 3枚	7-10日	ペムブロリズマブ
------	-------	------	-----------	-------	----------

GIST	c-kit遺伝子変異解析	c-kit	10 μm × 5-10枚 HE用未染: 3-4 μm × 2枚	7-10日 11-23日	オラバリブ
------	--------------	-------	-------------------------------------	-----------------	-------

悪性 黒色腫	BRAF V600 変異解析 PD-L1	BRAF V600 28-8	10 μm × 5-10枚 4 μm × 3枚	4-10日 7-10日	ペムラフェニブ ニボルマブ/イビリムマブ
-----------	-------------------------	-------------------	----------------------------	----------------	-------------------------

固形癌	MSI BRAF V600E 遺伝子解析 (結腸・直腸癌、肺癌、悪性黒色腫を除く)	マイクロサテライト不安定性 BRAF V600E	10 μm × 5-10枚 5 μm × 5-10枚	6-14日 5-10日	ペムブロリズマブ ダブラフェニブ/メシル酸塩及び トラメチニブジメチルスルホキシド付加物
-----	---	-----------------------------	-------------------------------	----------------	--

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

#### 4. 病理学的検査依頼方法

##### 4.1 病理組織検査依頼

(1) 電子カルテシステム ナビゲーションマップ オーダーの中から、**病理組織検査** を選択します。



(2) **通常**・**迅速**・**標本診断**の中から検体の属性を選択します。



(3) 提出検体の臓器名・切除方法等を選択し、**追加**をクリックして下さい。

分類を選択すると、臓器名が選択可能になります。

分類	臓器名	切除部位	補足情報	切除方法
口腔／咽頭 消化器／腹膜 女性生殖器 乳房 泌尿器 鼻腔／胸腔内臓 造血・細胞内皮 結合・皮下組織 皮膚 内分泌				生検 針生検 ボリベクトミー EMR ESD 排出物 外科的切除 部分切除 切除 TUR-BT

採取個数総数: 0 ラベル枚数: 0 ↓ 追加 ※追加は6個まで

採取個数 分類 ラベル枚数 分類 腸器名 切除部位 补足情報 切除方法

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

(4) 必要に応じて、**病名**・**臨床所見**・**検査目的**・**最終月経**等を入力してください。

(5) **確定**をクリックしてください。

(6) 電子カルテ 病理組織検査依頼完了画面 (見本)

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

- (7) 電子カルテを閉じると依頼書と検体ラベルが印刷されるため、ラベルを検体に貼り、依頼書と検体をセットにして病理部へ提出してください。以下、病理組織検査依頼書(見本)  
※ 検体のホルマリン固定時間の記載およびゲノム検査の可能性がある場合はチェックをお願いします。

迅速診断の場合「迅速」  
標本診断の場合「標本診断」と表記されます

Page. 1/1

**病理組織検査依頼書**

患者ID **2000000004** 版数: 01

患者名 **テスト 0005**

患者氏名 **テスト 0004**

生年月日 **1992年02月16日33歳4ヶ月** 性別 **女性**

住所 **新潟県長岡市本町1-1-3**

依頼元 **内科**

依頼医 / \_\_\_\_\_ 病理番号 (病理使用欄)

患者所在 \_\_\_\_\_ 検体採取日時 **2025年06月20日(金) 09:34**

採取個数	ラベル枚数	臓器名	切除方法	切除部位	捕捉情報
1	1個	1枚 胃	外科的切除		
2	1個	1枚 リンパ節	外科的切除		
3					
4					
5					
6					

採取個数総数: **2個**  
ラベル総数: **2枚**

感染症情報

TP抗体	-
HbS抗体	-
HCV抗体	-
HIV-1+2	/

臨床診断 **胃潰瘍の疑い**

臨床所見 精査お願いします

提出検体のオリエンテーションや断端が分かるように  
シェーマを記載してください

検査目的 \_\_\_\_\_

シェーマ情報

最終月経 ~  
閉経  
妊娠回数 \_\_\_\_\_  
出産回数 0回  
妊娠週 \_\_\_\_\_

固定開始時間(24h表記)  
: 頃

ゲノム検索可能性

治療情報 \_\_\_\_\_

リンパ節情報 \_\_\_\_\_

検体/搬送担当: \_\_\_\_\_ 病理受取担当: \_\_\_\_\_

/ : \_\_\_\_\_

ホルマリン固定開始時間を記載  
ゲノム検査の可能性がある場合チェック

- (8) 病理組織検査依頼の修正がある場合、修正が必要な依頼を右クリックし、修正を選択してください。

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

修正を選択し、修正箇所を(2)～(5)の手順に従って入力してください。



文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

#### 4.2 内視鏡検査

- (1) 内視鏡検査は以下の様式の依頼書に必要事項を記載してください。同時に電子カルテ上でも(1)の手順で依頼を立ててください。

<p>患者氏名、患者ID、 生年月日、年齢、 受診科、採取日を記載</p> <p>患者番号 0000012345</p> <p>氏名 (テキストナシキヨウカンジヤ) 生年月日 1951/01/01 性別 男 科名 採取日: 2015/6/15</p> <p>依頼臓器名をチェック</p>	<p>検体提出医を記載</p> <p>病理組織診依頼表</p> <p>提出臓器数にチェック 術中迅速診断依頼の場合は 診断情報の欄に記入</p> <p>No _____ 病院名 長岡中央総合病院 科名 内視鏡室 提出医 消化器主実施医 No _____ 病院名 _____ 科名 _____ 提出医 _____ 受付日 _____ 報告日 _____</p>	<p>病理・生検</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>73418 胃・十二指腸</td> <td>73053 上・横・下行結腸</td> <td>73272 胆のう</td> <td>病理数</td> <td>生検数</td> </tr> <tr> <td>73419 食道</td> <td>73501 S状結腸</td> <td>73063 脾</td> <td>74987 1臓器</td> <td>07344 1臓器</td> </tr> <tr> <td>73236 小腸</td> <td>73052 直腸</td> <td></td> <td>74988 2臓器</td> <td>76912 2臓器</td> </tr> <tr> <td>735054 盲腸</td> <td>73055 肝</td> <td></td> <td>74989 3臓器</td> <td>76913 3臓器</td> </tr> </table> <p>診断 料</p> <p>前回番号 _____</p>	73418 胃・十二指腸	73053 上・横・下行結腸	73272 胆のう	病理数	生検数	73419 食道	73501 S状結腸	73063 脾	74987 1臓器	07344 1臓器	73236 小腸	73052 直腸		74988 2臓器	76912 2臓器	735054 盲腸	73055 肝		74989 3臓器	76913 3臓器
73418 胃・十二指腸	73053 上・横・下行結腸	73272 胆のう	病理数	生検数																		
73419 食道	73501 S状結腸	73063 脾	74987 1臓器	07344 1臓器																		
73236 小腸	73052 直腸		74988 2臓器	76912 2臓器																		
735054 盲腸	73055 肝		74989 3臓器	76913 3臓器																		
<p>診断情報</p> <p>[胃] ■ 詳細部位: 前庭部 前壁、小弯 質的診断: 胃潰瘍 H1 stage 処置: 生検...1,2, Hビロリ検査 迅速ウレーゼテスト、陽性</p> <p>病理オーダメント 汎用項目3</p> <p>臨床診断、臨床所見、 前回番号、既往歴、 依頼主旨、感染症の有無等 を記載</p> <p>固定開始時間(24h表記) : 塡</p> <p><input type="checkbox"/> ゲノム検査の可能性</p> <p>ホルマリン固定開始時間を記載 ゲノム検査の可能性がある場合チェック</p> <p>図示、病変部、採取部位、個数</p> <p>留意すべき病原体(Tbc、HB、HCなど) :</p> <p>病理診断</p> <p>所見</p> <p>担当医</p>																						

- (2) 電子カルテを閉じると依頼書と検体ラベルが印刷されるため、ラベルを検体に貼り、依頼書、内視鏡専用依頼書と検体をセットにして病理部へ提出してください。

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

#### 4.3 免疫染色・外注遺伝子検査等の追加依頼(病理組織検査)

- (1) 病理組織検査依頼専用の依頼伝票に必要事項を記載してください。

The diagram shows the 'Pathology Tissue Examination Request Form' (病理組織検査指示票) with several key fields highlighted:

- Top Left:** '患者氏名、患者ID、生年月日、年齢、受診科、採取日を記載' (Patient name, patient ID, birth date, age, visiting department, collection date) is highlighted in a box.
- Top Center:** '病院名、科名 検体提出医を記載' (Hospital name, department name, specimen submitter) is highlighted in a box.
- Top Right:** '提出臓器数にチェック 術中迅速診断依頼の場合もチェック' (Check the number of organs to be submitted, also check if rapid intraoperative diagnosis is requested) is highlighted in a box.
- Middle Left:** '依頼臓器名を記載' (Specify the organs to be requested) is highlighted in a box.
- Middle Center:** '依頼臓器 1) 2) 3)' (Specified organs 1) 2) 3) ) is highlighted in a box.
- Middle Right:** '臨床診断' (Clinical diagnosis) and '既往歴' (Medical history) sections are highlighted in a box.
- Bottom Right:** '臨床診断、臨床所見、前回番号、既往歴、依頼主旨、感染症の有無等を記載' (Specify clinical diagnosis, clinical findings, previous record number, medical history, purpose of request, and presence/absence of infection) is highlighted in a box.
- Bottom Left:** '依頼主旨' (Purpose of request) and '留意すべき病原体 (Tbc, HB, HCなど)' (Pathogens to be noted (Tbc, HB, HC, etc.)) are highlighted in a box.
- Bottom Center:** '病理診断' (Pathological diagnosis) and '所見' (Findings) sections are highlighted in a box.
- Bottom Right:** '担当医' (Responsible doctor) is highlighted in a box.
- Bottom Left Note:** '御注意 (1)再度検査の時は必ず前回番号をお書き下さい。 (2)学会その他のに発表の際は、必ず連絡下さい。' (Note: (1) When re-examining, please write the previous record number. (2) When presenting at a学会 (conference), please contact us.)
- Bottom Center Note:** '長岡中央総合病院 病理部' (Nagaoka Central General Hospital Pathology Department) and '2017.3 5×25×500 (D)' (Size: 5×25×500 (D))

- (2) 5枚つづりになっているため、1枚目の病理組織検査指示票は医事課に提出し、残り4枚の依頼伝票を病理部へ提出してください。

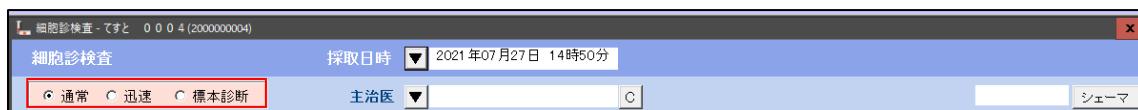
文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

#### 4.4 細胞診(非婦人科) 検査依頼

(1) 電子カルテシステム ナビゲーションマップ オーダーの中から、**細胞診検査** を選択します。



(2) **通常**・**迅速**・**標本診断**の中から検体の属性を選択します。



(3) 提出検体の分類・採取方法を選択し、**追加**をクリックして下さい。

分類を選択すると、材料名が選択可能になります。

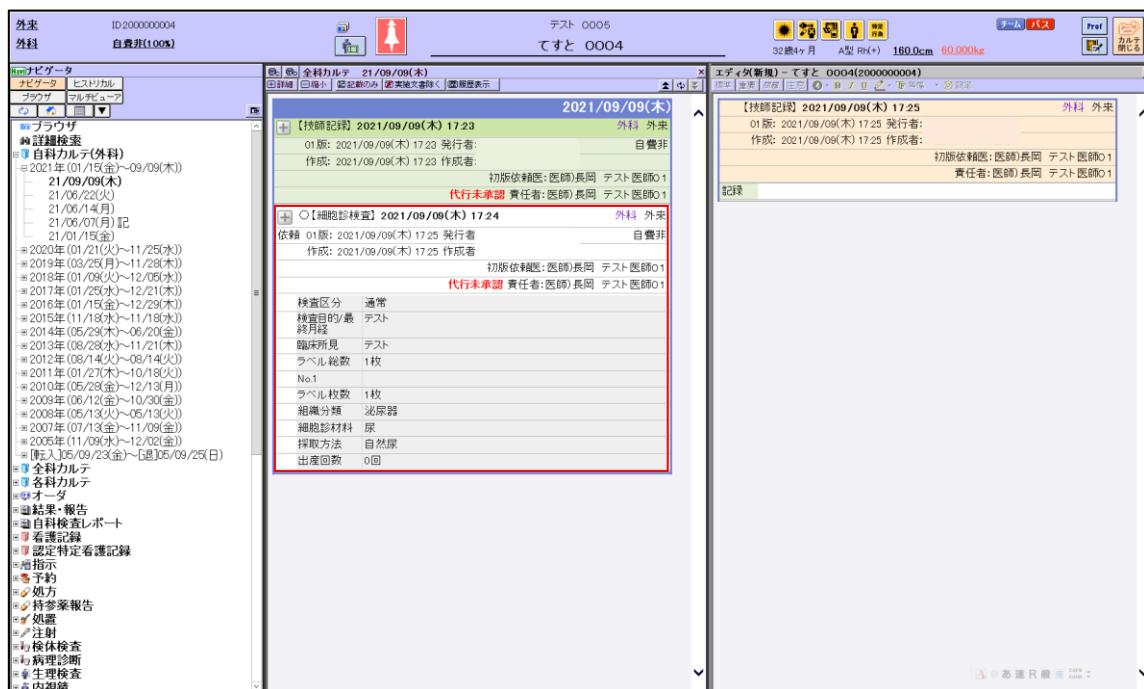
分類	材料名	採取部位	補足情報	採取方法
呼吸器 体腔液 消化器 泌尿器 乳房 脳神経 内分泌 口腔・咽頭 心・総陽洞 造血器				
ラベル総数: 0	<input type="button" value="↓ 追加"/>	追加は5個まで		
ラベル枚数	分類	材料名	採取部位	補足情報

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

(4) 必要に応じて、**病名**・**臨床所見**・**検査目的**・**最終月経**等を入力してください。

(5) **確定**をクリックしてください。

(6) 電子カルテ 細胞診検査依頼完了画面 (見本)



文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

(7)電子カルテを閉じると依頼書と検体ラベルが印刷されるため、ラベルを検体に貼り、依頼書と検体をセットにして病理部へ提出してください。

以下、細胞診検査依頼書（見本）

迅速診断の場合「迅速」  
標本診断の場合「標本診断」と表記されます

Page. 1/1



**細胞診検査依頼書**

版数: 01

患者ID **0099999032**

カナ テスト 1073

患者氏名 **テスト 1073**

生年月日 **2006年07月02日** 18歳11ヶ月 女性

新潟県見附市学校町1丁目3-6-4

住所

依頼元 内科

依頼医

細胞診番号 (病理使用欄)

検体採取日時 2025年06月20日 (金) 09:39

ラベル枚数	材料名	採取方法	採取部位	補足情報
1	1枚 脾液	洗浄		
2				
3				
4				
5				

臨床診断 大腸ポリープ

臨床所見	精査お願いします	ラベル総数 1枚
		感染症情報
		HBs抗原 - HCV抗体 - HIV-1+2 -
検査目的		
シェーマ情報		
治療情報	最終月経 ~ 閉経 妊娠回数 出産回数 妊娠週	
	検体/搬送担当: / : 病理受取担当:	

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

(8) 細胞診(非婦人科) 検査依頼の修正がある場合、修正が必要な依頼を右クリックし、修正を選択してください。  
修正を選択し、修正箇所を(2)～(5)の手順に従って入力してください。



文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

#### 4.5 細胞診(婦人科) 検査依頼

- (1) 電子カルテシステム ナビゲーションマップ オーダーの中から、**婦人科細胞診検査** を選択します。



- (2) **通常**・**迅速**・**標本診断**の中から検体の属性を選択します。



- (3) 提出検体の分類・採取方法を選択し、**追加**をクリックして下さい。

分類を選択すると、材料名が選択可能になります。

分類	材料名	採取部位	補足情報	採取方法
女性生殖器				

ラベル総数: 0  追加は5個まで

ラベル枚数	分類	材料名	採取部位	補足情報	採取方法
-------	----	-----	------	------	------

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

(4) 必要に応じて、**病名**・**臨床所見**・**検査目的**・**最終月経**等を入力してください。

(5) **確定**をクリックしてください。

(6) 電子カルテ 細胞診検査(婦人科)依頼完了画面(見本)

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

- (7) 電子カルテを閉じると依頼書と検体ラベルが印刷されるため、ラベルを検体に貼り、依頼書と検体をセットにして病理部へ提出してください。

以下、婦人科細胞診検査依頼書（見本）

迅速診断の場合「迅速」  
標本診断の場合「標本診断」と表記されます

Page. 1/1

版数: 01

**婦人科細胞診検査依頼書**

患者ID 0099999032

カナテスト 1073  
患者氏名 テスト 1073

生年月日 2006年07月02日18歳11ヶ月 性別 女性

住所 新潟県見附市学校町1丁目3-64

依頼元 内科

依頼医

患者所在

細胞診番号 (病理使用欄)  
検体採取日時 2025年06月20日(金) 09:40

ラベル枚数	材料名	採取方法	採取部位	補足情報
1	1枚 子宮頸管	サーベックスブラシ		
2				
3				
4				
5				

ラベル総数 1枚

臨床診断

臨床所見 精査お願いします

感染症情報

HBs抗原 -
HCV抗体 -
HIV-1+2 -

検査目的

シーマ情報

最終月経 ~

閉経

妊娠回数

出産回数

妊娠週

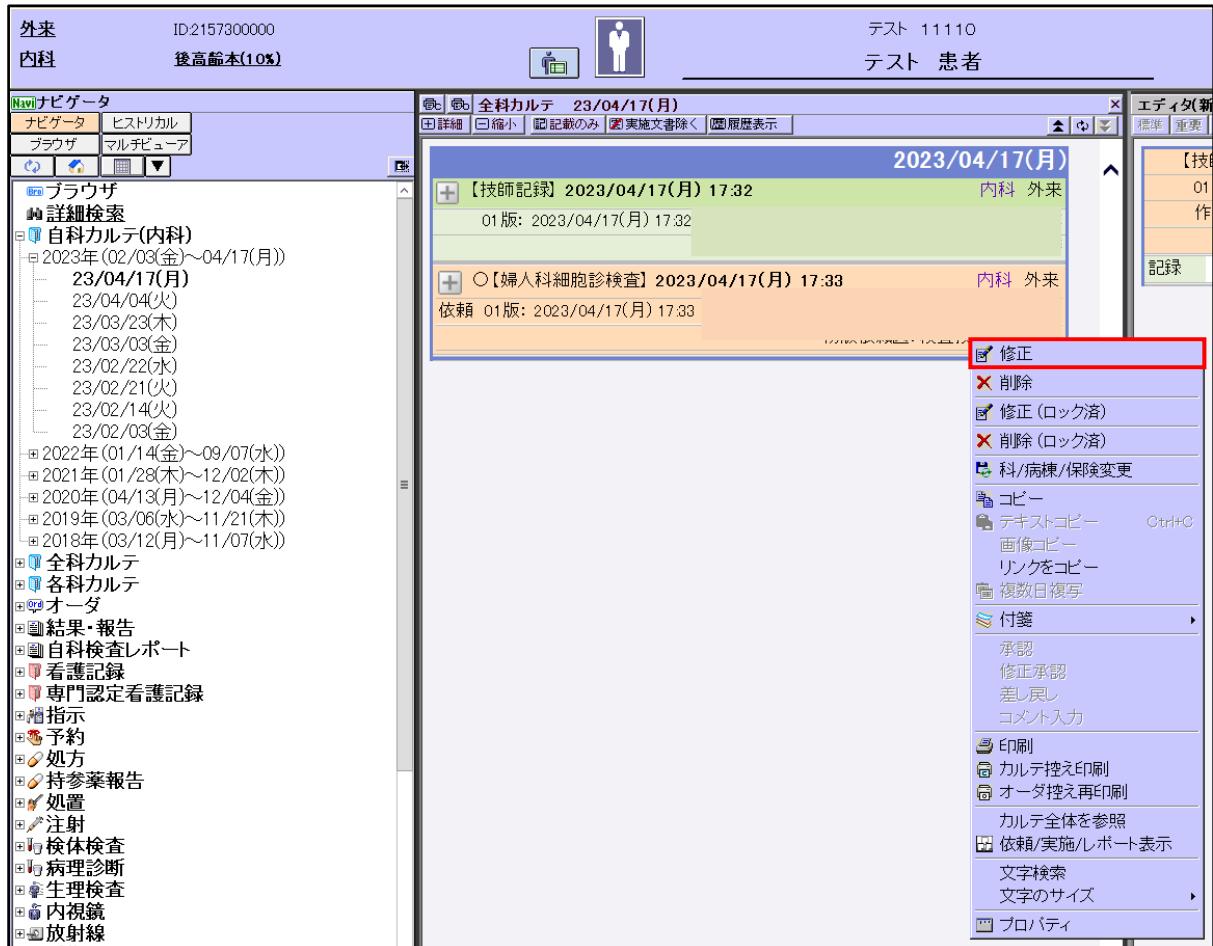
検体/搬送担当: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

病理受取担当: \_\_\_\_\_

治療情報

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

(8) 細胞診(婦人科) 検査依頼の修正がある場合、修正が必要な依頼を右クリックし、修正を選択してください。  
修正を選択し、修正箇所を(2)～(5)の手順に従って入力してください。



文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

#### 4.6 免疫染色・外注遺伝子検査等の追加依頼(細胞診検査)

(1) 細胞診検査専用の依頼伝票に必要事項を記載してください。

病院名、科名 検体提出医を記載		細胞診検査指示票 (依頼者(医事課へ 点数算定用))	
患者氏名、患者ID、 生年月日、年齢、 受診科、採取日を記載		漢字氏名 患者番号 氏名 年齢 性別 生年月日 科名 採取日	病院名 N. 科名 提出医 診断料 (点数)
婦人科材料 採取部位 01) 膜 壁 ( ) 05) 術後断端 ( ) 02) 腹 部 ( ) 06) 外 隘 部 ( ) 03) 頸管 内 ( ) 07) そ の 他 ( ) 04) 体 部 ( )		a) 細棒 b) へら c) サーベックスブラシ d) エンドサーベックスブラシ e) 吸引チューブ f) エンドライ・ソフトサイト g) その他 ( )	
その他の検体 喀痰・自然尿・膀胱洗浄液・胸水・胸腔洗浄液・腹水・腹腔洗浄液・胆汁・髓液・甲状腺 気管支(ブラッシング、キュレッテージ、洗浄)・乳頭分泌物・乳腺穿刺液・その他( )			
臨床診断 既往歴、現在の経過、検査成績、手術所見、治療などを記載して下さい。		前回番号 最終月经 年 月 日 (日間) 閉 经 才	
留意すべき病原体(Tbc, HB, HCなど): 依頼主旨(悪性の有無、炎症・萎縮性変化の程度など):			
細胞診断 標本の適否: <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正 報告日			
所見(判定根拠) 推定病変:			
新潟県厚生連長岡中央総合病院病理部 2017.3 5×25×500 (1)			

(2) 5枚つづりになっているため、1枚目の細胞診検査指示票は医事課に提出し、残り4枚の依頼伝票と検体と共に病理部へ提出してください。

#### 4.7 口頭依頼

病理検査では口頭による依頼には対応しません。

必ず電子カルテシステムを用いた検査入力あるいは旧式の伝票を用いて依頼を実施してください。

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

#### 4.8 システム障害時の対応

システム障害により通常の方法での検査依頼が不能となった場合は、下図の病理組織検査依頼専用の依頼伝票、内視鏡検査専用の依頼伝票、または細胞診検査専用の依頼伝票に必要事項を記載し、検体採取容器に患者IDと氏名を記入し、病理部へ提出してください。

\*システム障害時に提出された検体については、システム復旧後に病理部にて電子カルテシステム上でオーダーを立てます。

<p><b>病理組織検査指示票</b> (依頼課、点数算定用)</p> <p>氏名 年齢 性別 科名 病理部 受付日 報告日 提出医</p> <p>科名 採取日</p> <p><input type="checkbox"/> 1 痰 <input type="checkbox"/> 咽 <input type="checkbox"/> 前中遠送 <input type="checkbox"/> 送   <input type="checkbox"/> 2 痰 <input type="checkbox"/> 咽 <input type="checkbox"/> 前中遠送 <input type="checkbox"/> 送   <input type="checkbox"/> 3 痰 <input type="checkbox"/> 咽 <input type="checkbox"/> 前中遠送 <input type="checkbox"/> 送</p> <p>依頼職器 1) 2) 3)</p> <p>臨床診断 前回番号 診行歴 &lt;臨床所見、検査所見、月経歴等&gt; &lt;図示、病変部、採取部位、個数&gt;</p> <p>依頼主旨: 留意すべき病原体(Tbc, HB, HCなど):</p> <p>病理診断</p> <p>所見:</p> <p>担当医</p>	<p><b>細胞診検査指示票</b> (依頼課へ点数算定用)</p> <p>氏名 年齢 性別 科名 病理部 受付日 報告日 提出医</p> <p>診断科 (点数)</p> <p>採取部位 依頼部位 ( )  <input type="checkbox"/> 01 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 02 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 03 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 04 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 05 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 06 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 07 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 08 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 09 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 10 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 11 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 12 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 13 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 14 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 15 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 16 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 17 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 18 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 19 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 20 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 21 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 22 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 23 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 24 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 25 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 26 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 27 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 28 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 29 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 30 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 31 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 32 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 33 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 34 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 35 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 36 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 37 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 38 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 39 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 40 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 41 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 42 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 43 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 44 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 45 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 46 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 47 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 48 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 49 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 50 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 51 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 52 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 53 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 54 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 55 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 56 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 57 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 58 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 59 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 60 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 61 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 62 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 63 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 64 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 65 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 66 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 67 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 68 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 69 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 70 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 71 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 72 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 73 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 74 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 75 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 76 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 77 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 78 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 79 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 80 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 81 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 82 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 83 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 84 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 85 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 86 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 87 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 88 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 89 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 90 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 91 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 92 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 93 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 94 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 95 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 96 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 97 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 98 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 99 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 100 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 101 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 102 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 103 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 104 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 105 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 106 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 107 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 108 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 109 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 110 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 111 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 112 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 113 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 114 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 115 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 116 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 117 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 118 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 119 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 120 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 121 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 122 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 123 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 124 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 125 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 126 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 127 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 128 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 129 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 130 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 131 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 132 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 133 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 134 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 135 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 136 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 137 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 138 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 139 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 140 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 141 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 142 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 143 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 144 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 145 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 146 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 147 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 148 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 149 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 150 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 151 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 152 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 153 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 154 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 155 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 156 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 157 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 158 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 159 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 160 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 161 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 162 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 163 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 164 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 165 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 166 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 167 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 168 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 169 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 170 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 171 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 172 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 173 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 174 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 175 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 176 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 177 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 178 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 179 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 180 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 181 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 182 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 183 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 184 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 185 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 186 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 187 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 188 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 189 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 190 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 191 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 192 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 193 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 194 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 195 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 196 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 197 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 198 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 199 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 200 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 201 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 202 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 203 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 204 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 205 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 206 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 207 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 208 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 209 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 210 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 211 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 212 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 213 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 214 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 215 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 216 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 217 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 218 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 219 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 220 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 221 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 222 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 223 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 224 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 225 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 226 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 227 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 228 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 229 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 230 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 231 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 232 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 233 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 234 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 235 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 236 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 237 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 238 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 239 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 240 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 241 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 242 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 243 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 244 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 245 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 246 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 247 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 248 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 249 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 250 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 251 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 252 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 253 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 254 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 255 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 256 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 257 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 258 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 259 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 260 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 261 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 262 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 263 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 264 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 265 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 266 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 267 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 268 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 269 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 270 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 271 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 272 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 273 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 274 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 275 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 276 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 277 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 278 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 279 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 280 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 281 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 282 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 283 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 284 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 285 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 286 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 287 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 288 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 289 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 290 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 291 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 292 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 293 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 294 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 295 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 296 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 297 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 298 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 299 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 300 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 301 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 302 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 303 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 304 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 305 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 306 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 307 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 308 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 309 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 310 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 311 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 312 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 313 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 314 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 315 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 316 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 317 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 318 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 319 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 320 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 321 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 322 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 323 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 324 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 325 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 326 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 327 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 328 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 329 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 330 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 331 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 332 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 333 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 334 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 335 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 336 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 337 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 338 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 339 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 340 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 341 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 342 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 343 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 344 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 345 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 346 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 347 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 348 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 349 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 350 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 351 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 352 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 353 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 354 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 355 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 356 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 357 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 358 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 359 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 360 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 361 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 362 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 363 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 364 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 365 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 366 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 367 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 368 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 369 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 370 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 371 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 372 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 373 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 374 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 375 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 376 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 377 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 378 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 379 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 380 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 381 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 382 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 383 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 384 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 385 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 386 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 387 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 388 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 389 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 390 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 391 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 392 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 393 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 394 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 395 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 396 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 397 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 398 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 399 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 400 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 401 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 402 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 403 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 404 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 405 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 406 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 407 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 408 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 409 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 410 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 411 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 412 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 413 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 414 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 415 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 416 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 417 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 418 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 419 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 420 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 421 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 422 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 423 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 424 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 425 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 426 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 427 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 428 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 429 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 430 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 431 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 432 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 433 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 434 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 435 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 436 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 437 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 438 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 439 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 440 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 441 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 442 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 443 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 444 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 445 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 446 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 447 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 448 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 449 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 450 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 451 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 452 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 453 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 454 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 455 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 456 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 457 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 458 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 459 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 460 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 461 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 462 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 463 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 464 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 465 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 466 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 467 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 468 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 469 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 470 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 471 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 472 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 473 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 474 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 475 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 476 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 477 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 478 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 479 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 480 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 481 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 482 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 483 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 484 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 485 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 486 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 487 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 488 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 489 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 490 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 491 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 492 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 493 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 494 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 495 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 496 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 497 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 498 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 499 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 500 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 501 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 502 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 503 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 504 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 505 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 506 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 507 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 508 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 509 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 510 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 511 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 512 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 513 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 514 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 515 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 516 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 517 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 518 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 519 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 520 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 521 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 522 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 523 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 524 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 525 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 526 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 527 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 528 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 529 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 530 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 531 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 532 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 533 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 534 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 535 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 536 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 537 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 538 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 539 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 540 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 541 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 542 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 543 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 544 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 545 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 546 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 547 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 548 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 549 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 550 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 551 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 552 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 553 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 554 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 555 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 556 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 557 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 558 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 559 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 560 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 561 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 562 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 563 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 564 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 565 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 566 咽側管 ( ) <input type="checkbox"/> 567 咽後管 ( )  <input type="checkbox"/> 568 咽 壁 ( ) <input type="checkbox"/> 569 咽側壁 ( ) <input type="checkbox"/> 570 咽後壁 ( )  <input type="checkbox"/> 571 咽 管 ( ) <input type="checkbox"/> 572 咽側管 ( ) &lt;input type="</p>
--	---

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

#### 4.9 JA 新潟厚生連系統病院等からの病理組織検査依頼・細胞診検査依頼

- (1) 下図の病理組織検査依頼専用の依頼伝票・細胞診検査専用の依頼伝票に必要事項を記載し、検体採取容器に患者IDと氏名を記入し、病理部へ提出してください。  
※ 各施設で専用の依頼伝票の使用も可能です。使用の際には病理部に連絡をお願いします。
- (2) 5枚つづりになっているため、1枚目は各施設で保管し、残り4枚の依頼伝票と検体と共に病理部へ提出してください。
- (3) 免疫染色・外注遺伝子検査等の追加依頼の場合は各種依頼伝票を用いて依頼を行ってください。
- (4) 口頭による依頼には対応しません。必ず病理伝票を用いた依頼を実施してください。

<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>漢字氏名 _____</p> <p>姓 _____ 名 _____ 年齢 _____ 才 _____</p> <p>性別 _____ 職業 _____</p> <p>氏名 _____ 年齢 _____ 才 _____</p> <p>性別 _____ 職業 _____</p> <p>病院名 _____</p> <p>科名 _____</p> <p>検査日 _____</p> <p>提出日 _____</p> <p>報告日 _____</p> <p>検査部位</p> <p><input type="checkbox"/> 1 痰 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 胸中道 <input type="checkbox"/> 电子顕微鏡検査</p> <p><input type="checkbox"/> 2 痰 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 免疫染色検査</p> <p><input type="checkbox"/> 3 痰 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 免疫切片検査</p> <p>部位 _____</p> <p>依頼欄 1) _____ 2) _____ 3) _____</p> <p>臨床診断 _____</p> <p>前回番号 _____</p> <p>既往歴 _____</p> <p>&lt;臨床経過、検査所見、手術所見、月経歴等&gt; _____</p> <p>&lt;図示、病理部、採取部位、個数&gt; _____</p> <p>依頼主旨: _____</p> <p>留意すべき病原体 (Tbc, HB, HCなど): _____</p> <p>病理診断: _____</p> <p>所見: _____</p> <p>担当医 _____</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>漢字氏名 _____</p> <p>姓 _____ 名 _____ 年齢 _____ 才 _____</p> <p>性別 _____ 職業 _____</p> <p>病院名 _____</p> <p>科名 _____</p> <p>検査日 _____</p> <p>提出日 _____</p> <p>報告日 _____</p> <p>検査部位</p> <p><input type="checkbox"/> 01 咽喉 ( ) <input type="checkbox"/> 02 鼻腔 ( ) <input type="checkbox"/> 03 肺 ( ) <input type="checkbox"/> 04 胸膜 ( ) <input type="checkbox"/> 05 腹腔 ( ) <input type="checkbox"/> 06 腹膜 ( ) <input type="checkbox"/> 07 その他の ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 02 腹部 ( ) <input type="checkbox"/> 03 胸内 ( ) <input type="checkbox"/> 04 体 ( ) <input type="checkbox"/> 05 その他の ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 03 胸内 ( ) <input type="checkbox"/> 04 体 ( ) <input type="checkbox"/> 05 その他の ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 04 体 ( ) <input type="checkbox"/> 05 その他の ( ) <input type="checkbox"/> 06 その他の ( )</p> <p>その他検体</p> <p>吸痰・自然尿・膀胱洗浄液・胸水・胸腔洗浄液・腹水・腹腔洗浄液・胆汁・膿液・甲状腺 気管支(ブラシング、キューテージ、洗浄)・乳頭分泌物・乳頭穿刺液・その他の( )</p> <p>臨床診断 _____</p> <p>前回番号 _____</p> <p>既往歴、現在の状態、検査成績、手術所見、治療などを記述して下さい。</p> <p>最終月经 年 月 日 ( )</p> <p>月経</p> <p>留意すべき病原体 (Tbc, HB, HCなど): _____</p> <p>依頼主旨(悪性の有無、炎症、萎縮性変化の程度など): _____</p> <p>細胞診断 様本の適否: <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正 報告日 _____</p> <p>所見(判定根拠) _____</p> <p>推定病変: _____</p> <p>担当 _____</p> </div>
---	---

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

## 5. 採取容器

### (1) 組織診検査

※採取容器は一例であり、臓器や生検材料の大きさ等に応じて、容器を使用してください。

#### ① JA 新潟厚生連長岡中央総合病院

容器名称	容器	添加剤	検査項目	採取後の保存温度
タッパ(手術室)		10%中性緩衝ホルマリン	組織診	室温
200 mL滅菌カップ		10%中性緩衝ホルマリン	組織診	室温
タッパ(内視鏡)		10%中性緩衝ホルマリン	組織診	室温
8 mL 10%中性緩衝ホルマリン入り瓶		10%中性緩衝ホルマリン	組織診	室温
8 mL瓶(術中迅速診断)		生理食塩水	術中迅速診断	室温

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

② JA 新潟厚生連柏崎医療センター

容器名称	容器	添加剤	検査項目	採取後の保存温度
タッパ(手術室)		10%中性緩衝ホルマリン	組織診	室温
200 mL滅菌カップ		10%中性緩衝ホルマリン	組織診	室温
タッパ(内視鏡)		10%中性緩衝ホルマリン	組織診	室温
8 mL 10%中性緩衝ホルマリン入り瓶		10%中性緩衝ホルマリン	組織診	室温

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

③ JA 新潟厚生連けいなん総合病院

容器名称	容器	添加剤	検査項目	採取後の保存温度
5 mL 10 %中性緩衝ホルマリン入り容器		10 %中性緩衝ホルマリン	組織診	室温

④ 佐渡市赤泊診療所

容器名称	容器	添加剤	検査項目	採取後の保存温度
10 %中性緩衝ホルマリン入り容器		10 %中性緩衝ホルマリン	組織診	室温

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

## (2) 細胞診検査

※採取容器は一例であり、検体の量等に応じて、容器を使用してください。

### ① JA 新潟厚生連長岡中総合病院

容器名称	容器	添加剤	検査項目	採取後の保存温度
BD SurePath collection vial*		BD SurePath 保存液	婦人科細胞診	室温
YM式喀痰固定液バイアル		YM式喀痰固定液	喀痰細胞診	室温
採尿カップ		なし	尿細胞診	室温
50 mL スピッツ		生理食塩水	気管支鏡検査	室温
200 mL 清菌カップ		なし	EUS-FNA (胃・脾・肝) 体腔液	室温
20 mL スピッツ		なし	体腔液 髄液 胆汁・膵液	室温

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

容器名称	容器	添加剤	検査項目	採取後の保存温度
シリンジ		なし	体表臓器 術中迅速診断	室温
シャーレ		生理食塩水	EBUS-TBNA	室温

② JA 新潟厚生連系統病院など

容器名称	容器	添加剤	検査項目	採取後の保存温度
BD SurePath collection vial*		BD SurePath 保存液	婦人科細胞診	室温
YM式喀痰固定液バイアル		YM式喀痰固定液	喀痰細胞診	室温
10 mL スピッツ		細胞固定液・保存液**	尿などの 液状検体細胞診	室温

\* BD SurePath collection vial は歯科・口腔外科検体等にも使用可能です。

\*\* 「細胞固定液・保存液」としてサイトリッヂレッド等が使用可能です。

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

## 6. 一次サンプル採取手順

### (1) 組織診検体について

①組織診検体は採取後すぐに10%中性緩衝ホルマリンに浸漬してください。

※ホルマリン固定開始時間を記載してください。また、ゲノム検索の可能性がある場合はチェックしてください。

②蓋ではなく、容器本体に患者氏名、患者IDを記載してください。あるいは患者氏名、患者IDを記載したラベルを貼付してください。

③提出検体が複数ある場合は、検体番号や検体採取部位等を明確に記載してください。

④術中迅速診断検体は採取後速やかに病理部へ搬送してください。

⑤生検・その他の小さい材料が入っていた容器は結果報告終了を確認した後、橙色のハザードマークのついた感染性廃棄物として廃棄します。

#### 注意

骨髄穿刺にてクロット標本作製する場合は、凝固した骨髄液を10%中性緩衝ホルマリンに浸漬してください。

また、組織診断確定には塗抹標本が最低ギムザ染色標本1枚、未染標本2枚が必要になります。

### (2) 細胞診検体について<sup>(1) (2)</sup>

・蓋ではなく、容器本体に患者氏名、患者IDを記載してください。あるいは患者氏名、患者IDを記載したラベルを貼付してください。

・提出検体が複数ある場合は、検体番号、採取部位や検体の種類等を明確に記載してください。

#### ①婦人科細胞診

採取後すぐにBD SurePath collection vialにブラシの先端を入れてください。

#### ②喀痰細胞診

YM式喀痰固定液バイアルに添付してある説明書の通りに喀痰を採取してください。

#### ③尿細胞診

・細胞診には、随時尿が適しています。(最低必要量約10mL; おおむね50mLが適正量)

・一般検査や細菌検査等がある場合は先に検体検査室において検体を分与し、残検体を病理部へ搬送してください。

・細胞診検査のみの場合は、全量病理部へ搬送してください。

・夜間・休日に採取した場合は冷蔵保存してください。

・採取に使用した採尿コップは検体処理終了後、橙色のハザードマークのついた感染性廃棄物として廃棄します。

#### ④気管支鏡検査

・洗浄検体は白いフタの50mLスピッツに採取し、擦過検体は緑色のフタの50mLスピッツに採取し、採取後速やかに病理部へ搬送してください。

・EBUS-TBNAの場合、採取した検体をシャーレに入れて、速やかに病理部へ搬送してください。

・採取に使用した容器は検体処理終了の1週間後、橙色のハザードマークのついた感染性廃棄物として廃棄します。

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

## ⑤体腔液等の液状検体

- ・採取後すぐに病理部へ搬送してください。
- ・胆汁・胰液は細胞変性しやすいため、放置せずに搬送してください。
- ・抗凝固剤を使用する場合ヘパリンはPCRを阻害するため、遺伝子検査が想定される場合はEDTA・2Kを使用してください。
- ・夜間・休日に検体を採取した場合は必ず冷蔵保存してください。
- ・採取に使用した容器は検体処理終了の1週間後、橙色のハザードマークのついた感染性廃棄物として廃棄します。

## 7. 搬送手順

### (1) 各科外来・病棟

#### 搬送担当者による搬送

検体を各採取容器にて採取後、密封・梱包し検体飛散防止、感染防止を行い、速やかに病理部へ提出してください。各科外来・病棟より持ち込こまれた検体は、検体受付担当者により検体の評価と受付を行います。

### (2) 外部委託検体の搬送

JA新潟厚生連系統病院などからの組織診および細胞診検体は、採取後、密封・梱包し検体飛散防止、感染防止を行い、搬送業者を経由し、速やかに長岡中央総合病院病理部へ提出してください。

搬送業者は以下の通りです。

	搬送業者
JA新潟厚生連柏崎総合医療センター	志賀急便
JA新潟厚生連けいなん総合病院	佐川急便
佐渡市赤泊診療所	郵便

## 8. 検体の受入<sup>(1)(2)</sup>

### (1) 検体の受入基準

- ・検体受付時には、依頼書と検体の整合性、保存が規定条件に適合しているか評価します。
  - ・搬送者との体面受付を実施します。
- 必要に応じて「病理検体受取記録表」を使用し、受領日時、依頼元、容器数合計、搬送担当者、病理受領担当者の記録を行います。
- ・対面受付時に、提出された容器内の検体の有無を確認します。

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

## (2) 検体受入不可基準

### ①組織診検査

- ・検体に患者氏名・IDの記載がない
- ・依頼書がない
- ・依頼書記載内容の検体数と実際の検体の数が合わない
- ・依頼書記載の名前と検体の名前が合わない
- ・提出された容器内に検体が入っていない。
- ・ホルマリンに浸漬していない(術中迅速診断を除く)

※検体がホルマリンに浸漬していないことが判明した際は、その他に不具合がない場合は受入不可とせずに病理部にて速やかにホルマリンに浸漬します。

- ・容器本体に患者氏名、患者IDの記載や患者IDを記載したラベルが貼付されていない。

※対面受取時に患者氏名等を記載していただき、受入可能とする場合もあります。

### ②細胞診検査

- ・検体に患者氏名・IDの記載がない
- ・依頼書がない(術中にて、依頼書提出が後になる場合を除く)
- ・依頼書記載内容の検体数と実際の検体の数が合わない
- ・依頼書記載の名前と検体の名前が合わない
- ・提出された容器内に検体が入っていない
- ・容器本体に患者氏名、患者IDの記載や患者IDを記載したラベルが貼付されていない。

※対面受取時に患者氏名等を記載していただき、受入可能とする場合もあります。

- ・検体受入時に上記のような不具合を確認した場合は、原則受入不可とします。

受入不適当であるが検体が臨床的に重要であり、また取り直し不可能な場合においてやむを得ず検査を進めた際は、最終報告に問題の状況、結果の解釈に注意が必要であることを明記します。

## (3) 術中迅速診断検体の受入検体処理

- ① 術中迅速診断の予定がある場合は、事前に病理部へ連絡をお願いします。(術中時、緊急の場合は除く)
- ② 手術室等から提出された術中迅速診断検体は最優先で処理を行い、速やかに病理医に標本を提出し、担当医に報告を行います。
- ③ 常勤病理医不在時
  - ・非常勤コンサルト医が在院中は、その了解のもと、診断を依頼し、担当医に報告を行います。
  - ・非常勤コンサルト医も不在の場合、院外の近隣協力病院の病理医(コンサルト医)の了解のもと、診断を依頼し、担当医に報告を行います。

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

(4) 至急検体の受入検体処理

- 依頼書に至急と記載のある検体は優先的に処理を行います。

(5) 検査の性能仕様や結果の解釈に重大な影響を与えることが知られている要因

- 組織診検体は、採取後速やかに10%中性緩衝ホルマリンに浸漬し、病理部に提出してください。
- 胆汁や膣液の細胞診検体は細胞変性しやすいため、採取後速やかに病理部に提出してください。
- 液状検体は室温放置で変性をきたすため、夜間・休日に検体を採取した場合、冷蔵保存し、後日病理部へ提出してください。
- 抗凝固剤を使用する場合、ヘパリンはPCRを阻害するため、遺伝子検査が想定される場合はEDTA・2Kを使用してください。

9. 追加検査の依頼手順

(1) 外注等の追加検査がある場合は、病理組織検査依頼専用あるいは細胞診検査専用の依頼伝票に追加依頼の内容を記載し、依頼書を病理部へ提出してください。

(2) 追加受付期間

- 検体が保存期間内であることと検体残量を確認の上、追加検査を受け付けます。
- 項目によっては検査結果に影響を及ぼすため、追加検査を受け付けられない場合もあります。

※パラフィンブロックの核酸品質は経年劣化していくことから、遺伝子検査実施の際には作製後3年以内のパラフィンブロックの使用が推奨されます。<sup>(3)</sup>

(3) 検体保管期間

- 組織診・手術材料の検体は切り出し作業終了後、標本番号、患者氏名を記載したビニール袋で真空パックし、室温で2年間保存します。
  - 組織診・パラフィンブロックは室温で10年間保管します。
  - 細胞診・婦人科LBC検体は外来検体の検査終了後、LBCバイアルを室温で2ヶ月保存します。
  - 細胞診・婦人科LBC検体以外の液状検体は検査終了後、細胞固定液・保存液を加え、室温で2ヶ月保存します。
- ※ 遺伝子検索用にマイクロチューブで冷凍保管している検体に関しては、検体受付日より6ヶ月保管します。
- 組織診・細胞診検体は、臨床より特別に依頼のあった検体は長期保存をします。

(4) パラフィンブロック、スライド標本の貸し出し

- パラフィンブロック、スライド標本(組織診・細胞診)の貸し出しがある場合は病理部へ連絡してください。
- ※貸し出し期限は原則として1ヶ月です。返却されない場合は貸し出し先に問い合わせし確認することもあります。

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

## 10. 結果報告

### (1) カルテ画面上での結果の閲覧方法

- ① 対象の患者カルテを開いてください。
- ② 「病理診断」を選択してください。
- ③ 紹介診あるいは細胞診検査の該当オーダーに「レポートあり」の表示がある事を確認してください。  
※「レポートあり」の表示がある場合、該当オーダーの結果が配信されています。
- ④ 「結果を表示」を選択してください。
- ⑤ 報告書が表示されます。  
※追加報告等がある場合は、時系列順にレポートの案内が表示されます。

### (2) 旧システム(2021年7月26日以前)の結果の閲覧方法

- ① 対象の患者カルテを開いてください。
- ② 「ナビゲーションマップ」から「部門」を選択してください。
- ③ 「病理」から「患者別病理報告参照」を選択してください。
- ④ 該当の依頼を選択してください。
- ⑤ 報告書が表示されます。

### (3) 緊急異常値の報告

定義	患者の病態が危険であり、至急報告が必要な時など。
報告手順	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 口頭(電話)で第1報を連絡後、書面として仮報告、追加検査報告(特殊染色、遺伝子検査等)、最終報告を既定の書式で依頼医に提出する。</li> <li>② 報告書はパニック値台帳へ保管する。</li> </ol>

## 11. アドバイスサービスの案内

検査の依頼および検査結果の解釈における臨床アドバイスに関する問い合わせ先

検査室
病理部

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

## 12. 個人情報の保護に関する病理部の方針

長岡中央総合病院「個人情報保護対応マニュアル」に基づき機密情報を確実に保護するための方針と実施手順を遵守します。

## 13. 苦情処理手順

### (1) 病理部への苦情の連絡先

検査室
病理部

(2) 病理部に対してご意見、苦情、問い合わせ等がある場合は、直接病理部に連絡あるいは病院の各フロアに設置してある「意見箱」に投稿をお願いします。電話および対面による苦情については、病理部の責任者（病理部長、技師長）が対応し、文書で記録します。

対策が必要な場合は、苦情の具体的な状況と原因を分析し、再発防止策を講じます。

## 14. 検査依頼以外の目的の検査へのサンプルの使用

検査依頼項目以外の目的の検査へのサンプルの使用にあたっては、サンプルが匿名あるいは、プールしたサンプルに限って使用します。サンプルを使用する場合は検査室管理主体に申請し承認を得てください。

承認申請は「検体（画像データ等を含む）二次利用申請書」および「診療情報の外部持ち出し申請書」（院内提出用）に必要事項を記載し提出してください。

## 15. 災害時の対応

### (1) 院内での被災

災害が発生した場合、直ちに検査を中断し、患者の安全確保に努めます。その後、「多数傷病受入時の対応マニュアル」の中にある「検査科・病理部 災害時等緊急時対応マニュアル」フローチャートに沿って対応を行います。また、検査の中断によって病理検査結果の通常通りの報告が出来ない可能性があります。

### (2) 病理標本送付に際しての被災・送付先へ至る交通網の被災

病理標本送付に際しての被災・送付先へ至る交通網の被災が発生し、依頼書および病理標本の破損の可能性がある場合、病理部に保管されている依頼書のコピーおよびパラフィンブロックを使用し、院内の病理医に診断を依頼し、結果を報告します。

文書名	文書番号	版数
病理検査案内(1次サンプル採取マニュアル)	QT-5.4-3	第11版

## 16. 参考資料

- (1) 星利良 古田則行. 消化器/泌尿・生殖器の細胞診. 坂本穆彦編. 細胞診を学ぶ人のために. 第5版. 東京: 医学書院; 2011. 204-48頁 (EX-病理・細胞診 (資料) -001)
- (2) 平田哲士 白波瀬浩幸 竹中明美. 泌尿器/消化器. 一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会. JAMT 技術教本シリーズ 細胞検査技術教本. 第1版. 東京: 丸善出版; 2018. 97-131頁 (EX-病理・細胞診 (資料) -002)
- (3) 一戸裕子. アナリシス段階. 一般社団法人 日本病理学会. ゲノム研究用・診療用病理組織検体取扱い規定. 第2版. 東京: 羊土社; 2019. 134-135頁 (EX-病理・組織診 (資料) -029)