**２７脳腫瘍 / ２９・３０骨軟部腫瘍**

（一社）日本病理学会コンサルテーション
**依　頼　用　紙**　　　　　　　　　　Consultation No.:

 　　　　　　　　受付日：

コンサルタント：　　　　　　　先生
　この度、病理学会コンサルテーションシステムを通じ、下記症例のコンサルテーションを

お願いしたく存じます。ご高配くださいますよう、どうぞよろしくお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| 　　**依頼者記入欄** |
| 依頼者氏名　：　　　　　　　　　　　　　　　（ふりがな：　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　所属：所属住所：〒TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：E-mail：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日：　　　 |
| 患者年齢：　　　　　歳 | 性別： | 標本番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 臨床診断： | 採取日： |
| 臓器名： | 部位： | 領域番号（ガイドライン参照）： |
| 標本の種類：　□生検　□手術　□剖検　□細胞診　□その他（具体的にご記入下さい）：　　　下記、すべての項目を必ずご記入ください。□HE標本（＋既染の免疫染色標本）のみ（追加料金なし）□特殊補助診断の希望（□免疫染色のみ　□遺伝子解析のみ　□免染染色＋遺伝子解析）（料金表参照）＊解析料は依頼者負担となります。支払い方法については別途、当該施設よりご案内があります。　□指定コンサルタント（　　　　　　　　　　　　）＊別紙、一覧参照 |
| 臨床経過（患者の特定につながる医療機関名などの情報は記載しないこと）：治療・処置：肉眼所見：組織学的所見：免染・特染所見：問題点：依頼者の診断： |

**２７脳腫瘍 / ２９・３０骨軟部腫瘍**

（一社）日本病理学会コンサルテーション

**報　告　用　紙**　　　　　　　　　　　Consultation No.

 　　　　　　　　受付日：

**依頼者記入欄**

|  |
| --- |
| 依頼者氏名：　　　　　　　　　　依頼者の所属：回答送信先１　依頼主E-mail　：　　　　　　　　　　　　　２　病理学会事務局 ：　jsp-admin@umin.ac.jp　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 患者年齢　：　　　歳　　　　性別：　　　　　　　標本番号： |

**コンサルタント記入欄**

|  |
| --- |
| 病理診断意見 |
| コンサルタント氏名　：　　　　　　　　　　　　所属：TEL：　　　　　　　　　 FAX： 標本受理日：E-mail：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　免疫染色（項目数：　　）（骨軟部腫瘍・脳腫瘍の場合）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　遺伝子解析（項目数：　）（骨軟部腫瘍・脳腫瘍の場合）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診断日： |

注1：この診断意見は（一社）日本病理学会の活動の一環として無償で提供されたものです。

**診断の最終責任は依頼者にある**ことに留意して下さい。

注2：病理学会コンサルテーション症例をコンサルタントが研究目的に使用する場合は、コンサルタントおよび依頼者の両施設においてIRB審査を受け、さらに両施設で情報を公開しオプトアウトを行う必要があります。

注3：コンサルタントの記入内容（氏名等を含む）は医療訴訟での意見や見解として利用されることを想定・意図したものではありませんので、係争の場には用いないでください。

注4：本コンサルテーションの症例を学会や論文で報告する際には、意見書の作成を行ったコンサルタントに謝辞を述べるなどの適切な対応をお願いします。