

石綿による健康被害の救済に関する法律  
認定申請用／未申請死亡者に係る特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求用  
病理診断書（病理組織診断）

※ 細胞診断及びセルブロック標本を用いた診断については、判定様式第5号に記載してください。  
※ 本様式と同等の内容を含む病理組織診断書の写し等の添付で代替しても差し支えありません。

患者氏名		男・女	生年 月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日 ( 才)
病理 診断名				診断実施施設名	病理組織標本番号

【病理組織診断の詳細】※ 該当する□にレ印を付し、必要事項を全て記入してください。

検体採取日	(西暦) 年 月 日
病理診断日	(西暦) 年 月 日
採取部位	<input type="checkbox"/> 胸膜 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 心膜 <input type="checkbox"/> 精巣鞘膜 <input type="checkbox"/> その他 ( )
診断材料	<input type="checkbox"/> 生検： <input type="checkbox"/> 局麻胸腔鏡下 <input type="checkbox"/> 全麻胸腔鏡下 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下 <input type="checkbox"/> 経皮的 <input type="checkbox"/> 手術： <input type="checkbox"/> 胸膜肺全摘術 <input type="checkbox"/> 胸膜切除術 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 病理解剖 <input type="checkbox"/> その他：( )
組織型	<input type="checkbox"/> 上皮型 <input type="checkbox"/> 肉腫型 <input type="checkbox"/> 二相型 <input type="checkbox"/> 線維形成型 <input type="checkbox"/> その他特殊型 ( )
形態所見	(HE染色に基づく組織形態的(腫瘍細胞の形態・増殖形態等)所見を詳細に記載してください。)
他疾患との鑑別	

免疫染色結果

	陽性		陰性		陽性		陰性		陽性		陰性	
	陽性	陰性	陽性	陰性	陽性	陰性	陽性	陰性	陽性	陰性	陽性	陰性
陽性マーカー	calretinin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	WT1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2-40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	AE1/AE3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CAM5.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
陰性マーカー	CEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TTF-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ber-EP4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	MOC-31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PgR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
その他												

\*留意事項

- ①上皮型中皮腫：陽性マーカー (calretinin、WT1、D2-40) 2種類、陰性マーカー (※) 2種類ずつの合計4種類以上の免疫染色を実施してください。  
(※胸膜中皮腫の場合はCEAに加えて、TTF-1、NapsinA、PE10  
腹膜中皮腫の場合はCEAに加えて、Ber-EP4、MOC-31  
なお、婦人科腫瘍との鑑別を要する場合には、上記に加えて、ER、PgR)
- ②肉腫型/線維形成型中皮腫：CAM5.2、AE1/AE3の免疫染色を実施してください。

上記のとおり、診断します。

(西暦) 年 月 日

所在地  
電話番号  
医療機関名  
診療科名

病理医氏名

印