

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 明治 大正 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 (○○才)  
月日 昭和 平成  
病理診断名 上皮型中皮腫 診断実施施設名 ○ ○ 大学病院 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 平成 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日  
病理診断日 平成 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日  
採取部位 胸膜 腹膜 心膜 精巣鞘膜 その他 ( )  
診断材料 生検：局麻胸腔鏡下 全麻胸腔鏡下 腹腔鏡下 経皮的  
手術：胸膜肺全摘術 胸膜切除術 その他 ( )  
病理解剖 その他：( 開腹生検 )  
上皮型 肉腫型 二相型 線維形成型 その他特殊型 ( )  
(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。)  
開腹生検で得られた腹膜腫瘍は、中心性に位置する類円形核と好酸性の豊かな細胞質をもつ典型的な上皮様細胞が主として乳頭腺管状配列を示し、一部では充実性に増殖する腫瘍である。腫瘍は腸間膜表面の漿膜表面に主として増殖するが、一部では腸間膜の脂肪組織への浸潤を伴う。これらの所見では、腹膜原発の上皮型中皮腫であることを示唆する。  
免疫染色結果も含めた鑑別診断の根拠を詳細に記載してください。  
他疾患との鑑別 本腫瘍は、卵巣あるいは腹膜に原発した腺癌と鑑別する必要があったため、免疫染色を実施した結果、腫瘍細胞の核は中皮細胞のマーカーであるcalretinin陽性、細胞質はCAM5.2及びAE1/AE3(抗サイトケラチン抗体)陽性、細胞膜はD2-40陽性であった。一方、腹膜原発の腺癌において陽性となることの多いCEA、Ber-EP4、MOC-31陰性であった。また、婦人科腫瘍との鑑別のために行ったER、PgRは陰性であった。以上の所見から、本腫瘍は腹膜原発の上皮型中皮腫と診断できる。

診断を複数回行っている場合は、全て提出するか、より大きな診断材料を用いたものの結果を優先して提出してください。

免疫染色結果も含めた鑑別診断の根拠を詳細に記載してください。

免疫染色結果

	陽性	陰性	陽性	陰性	陽性	陰性
陽性マーカー	calretinin <input checked="" type="checkbox"/>	WT1 <input type="checkbox"/>	D2-40 <input checked="" type="checkbox"/>			
	AE1/AE3 <input checked="" type="checkbox"/>	CAM5.2 <input checked="" type="checkbox"/>				
陰性マーカー	CEA <input type="checkbox"/>	TTF-1 <input type="checkbox"/>	Ber-EP4 <input type="checkbox"/>			
	MOC-31 <input type="checkbox"/>	PgR <input checked="" type="checkbox"/>				
その他	組織型に応じた免疫染色の種類とその結果を記載してください。上皮型の場合、陽性マーカーと陰性マーカー2種類ずつの合計4種類以上実施してください。					

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、腹膜中皮腫の場合はCEAに加え、  
なお、婦人科腫瘍との鑑別を要する場合は、ER、PgRも実施してください。)  
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。

実際に病理組織診断を実施した医師が記載してください。  
既に医療機関において作成された病理組織診断書があれば、そのコピーを添付していただいてもかまいません。(その場合、この様式の内容(形態的所見など)が漏れなく記載されていることをご確認ください。)

所在地 〒XXX-XXXX ○ ○ 県 ○ ○ 市 ○ ○ 区  
電話番号 XXX-XXX-XXXX  
医療機関名 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 病院  
診療科名 ○ ○ ○ ○ 科

病理医氏名 ○ ○ ○ ○ ○

