

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（細胞診断）

※ セルブロック標本を用いた診断については、本様式に記載してください。

※ 本様式と同等の内容を含む細胞診断報告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	細胞診断標本番号

【細胞診断の詳細】※ 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
診断材料	<input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 心嚢水 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
染色種類	<input type="checkbox"/> パパニコロウ染色 <input type="checkbox"/> ギムザ染色 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
形態所見	(パパニコロウ染色等に基づく細胞形態的(腫瘍細胞の形態・集簇形態等)所見を詳細に記載してください。)			
他疾患との鑑別				
免疫染色結果等				
		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
陰性マーカー	CEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TTF-1
	MOC-31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ber-EP4
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PgR
その他	(PAS 染色、酸性粘液染色、ヒアルロニダーゼ消化試験、電子顕微鏡検索等の結果があれば記載してください。)			
*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及び、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)				

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