

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 明治 大正 ○○年○○月○○日 (○○才)
月日 昭和 平成
病理診断名 中皮腫 診断実施施設名 ○○大学病院 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 平成 ○○年○○月○○日
病理診断日 平成 ○○年○○月○○日
診断材料 胸水 腹水 心嚢水 その他 ()
染色種類 パパニコロウ染色 ギムザ染色 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。背景は出血性で、マクロファージやリンパ球などを多く認める中に類円形核を有し、核クロマチン増量を呈する異型細胞が多数出現している。細胞集塊としては、乳頭状ないし球状集塊であり、数個の細胞では細胞相接像や相互封入所見が目立つ。核はほぼ細胞中心性の傾向が目立ち、小型類円形核小体を1-2個有している。細胞質はライトグリーン好性であり、全般に重厚感を呈し、細胞質辺縁部はややblur (ぼんやりした) な境界を示す。また、2核細胞の頻度が強く、2核以上の多核細胞の頻度は約25%程度である。
他疾患との鑑別 PAS染色では、顆粒状の陽性物質が目立ち、ジアスターゼ消化で殆ど消失する。また、アルシアン青染色では、細胞膜部に微弱な陽性所見を呈し、時には細胞質内に陽性所見を示し、ヒアルロニダーゼ消化で、消失する。また、腺癌細胞や反応性中皮細胞では、2核以上の多核細胞は約10%程度であること及び免疫染色結果より、中皮腫と診断した。

免疫染色結果等

		陽性	陰性		陽性	陰性		陽性	陰性
陽性マーカー	calretinin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	WT1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2-40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
陰性マーカー	CEA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TTF-1	<input checked="" 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	(PAS染色、酸性粘液染色、ヒアルロニダーゼ消化試験、電子顕微鏡検査の結果があれば記載してください。) 電子顕微鏡検索にて細長な (LDR15以上) 微繊毛をみる。								

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、TTF-1、NapsinA、PE10)
なお、婦人科腫瘍の場合は、Papanicolaou染色の結果を記載してください。

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。

実際に細胞診標本を検鏡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細胞診報告書があれば、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。)

上記のとおり、診断します。

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

病理医氏名 ○ ○ ○ ○

○○月○○日

