

年 月 日

病院

院長

先生

### 術後摘出組織についてのお願い

拝啓 平素ご活躍のこととお慶び申し上げます。ご多忙のところ失礼申し上げます。

私は、貴院にて、

- ・ \_\_\_\_\_ の切除術を受けた \_\_\_\_\_ です。
- ・ \_\_\_\_\_ の切除を予定している \_\_\_\_\_ です。

この度、がん免疫療法の一つである「自家がんワクチン療法」を受診したいと考えており、ワクチン作製に必要な切除組織の提供につき、ご相談させていただきたく、この一文をさし上げます。

自家がんワクチンは、理化学研究所発・筑波大学発のベンチャー企業・セルメディシン株式会社が開発しているものです。がんのホルマリン/パラフィン固定組織上で患者自身の細胞傷害性 T リンパ球 (CTL) が誘導可能という発見から始まり、基礎研究、大学病院等における臨床研究を経て現在に至っております。術後肝がん再発抑制、術後膠芽腫の増悪抑制についてはかなりの効果が期待でき、また、他のがん種についても症例ベースでは治療効果が認められておりますため、がんの補助療法として導入が試みられております。

このためには、私自身の摘出がん組織が原材料 (がん抗原用) として、大人の小指の 1/3 程度 (1.5g 以上、できれば 2g 以上、パラフィン包埋ブロックなら 3~4 個) が必要です。貴院にて摘出した原発巣および転移巣のパラフィン包埋ブロック (もしくはホルマリン固定標本) をお分けいただけませんか (未使用分に関しましては、後日ご返却いたします)。

お忙しい中で申し訳ありませんが、ご協力くださいますよう、どうかよろしくお願い申し上げます。

敬具

追記：がん組織をご提供いただけます場合は、パラフィン包埋ブロック・ホルマリン漬け密封状態のいずれでも、私に直接お渡しくださるか、または \_\_\_\_\_ 宛てにご郵送いただければたいへん有り難く存じます。

(貴院診察券番号) \_\_\_\_\_

(患者 氏名) \_\_\_\_\_

(患者自署署名、または、代理人自署署名) \_\_\_\_\_ 印

備考：全国各地のがんセンター、大学病院、がん拠点病院、赤十字病院等でも、加工されたがん組織 (パラフィン包埋ブロック本体) を患者に返却した実績があります。また、本状の提出により、返却に関する日本病理学会の見解 (平成 27 年 11 月) にも合致することになります。