

病理解剖に関する遺族の承諾書

※太枠内すべて記入をお願いします。

1 亡くなられた方の	お名前				様
	ご住所	都・道 府・県	郡		市・町 ・村
		大字	町	丁目	番地
		(方書等)			
2 死亡年月日		平成	年	月	日
3 死亡の場所		()			

大牟田市立病院長 殿

上記の遺体が死体解剖保存法（昭和24年6月10日 法律第204号）の規定に基づいて病理解剖されることを承諾いたします。

病理解剖は亡くなられた方の死因を確認し、病気の成り立ちを解明するために行います。このため、病理解剖では主要臓器から上記の目的に必要な肉眼標本と顕微鏡検査標本を作製して診断します。

説明を受けられた項目の□にチェックをつけてください。

- 病理解剖後の標本の取り扱いについて
- ・ 肉眼標本は、一定期間保存され、礼意を失することなく茶毘に付されます。
 - ・ 顕微鏡標本やパラフィンブロック(ロウにつめられた標本)は、半永久的に保存されます。
- 病理解剖診断の結果の取り扱いについて
- ・ 病理解剖診断の結果は匿名化して、日本病理解剖輯報に登録されます。
- 標本及び診断結果の研究等による使用について
- ・ 保存された標本を医学教育や学術研究に使用させていただくことがあります。
 - ・ 学会や紙上発表の際には匿名化して、個人情報とは公開されません。
- 特記事項(脳解剖の是非・ご遺族の希望等を記載)

説明者(主治医等)

所属: _____ 氏名: _____

病理解剖に関して上記の説明を受け、承諾しました。

平成	年	月	日		
氏		名		印	続柄
住		所	都・道 府・県	郡	市・町 ・村
			大字	町	丁目 番地
			(方書等)		
電	話	番	号	—	—