

病理解剖に関する遺族の承諾書

(解剖時必要書類 2-A/3)

- 1 亡くなられた方のお名前 ※.....様
ご住所 ※.....
- 2 死亡年月日 ※令和.....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

- ・摘出された臓器は一定期間保存した後、適切に処分いたします。
- ・顕微鏡標本やパラフィンブロックは、可能な限り長期間保存いたします。
- ・保存された標本の一部を死因並びに病因解明につながる遺伝子検査・遺伝子解析等に使用させていただくことがあります。

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。

※令和.....年.....月.....日

※氏名..... (自署) ※続柄.....

※住所.....
都・道 府・県

※電話番号.....

※印部分すべてに記入をお願いします。大牟田市立病院病理診断科