

別記様式第2号(第2条第1項関係)

(外部機関からの依頼用)

A i センター長	A i センター副センター長	受付年月日	受付番号

死亡時画像検査申込書

年 月 日

島根大学医学部附属病院長 殿

委託者 機関名

氏 名

印

住 所

電話番号

下記のとおり死亡時画像検査を申し込みます。

記

- 1 申込区分 画像検査(読影を含む) 画像のみ
- 2 氏名・性別 _____ 男・女
- 3 生年月日 M・T・S・H 年 月 日
- 4 年 齢 _____ 歳
- 5 死亡日時 _____ 年 月 日 _____ 時 分 不明
- 6 撮影目的 (1) 死亡時医学検索 委託者
医療機関 警察
(2) その他(具体的に)

- 7 撮影部位 全身(ルーチン)
その他(ご遺体の一部しかない等特別な場合)

- 8 検査の理由又は臨床経過、死亡前後の状況等(具体的に)

注1) 得られた個人や名前を識別する情報は、症例報告や研究発表に使用いたしません。

なお、匿名化したデータは今後の医学・医療の発展のために利用させていただきます。