

病理解剖に関する御遺族の承諾書

フリガナ

亡くなられた方のお名前.....様

ご住所.....

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

死亡年月日 令和 年 月 日

死亡の場所

依頼医療機関名.....院長 殿

病理解剖について説明を受け、上記の遺体が死体解剖保存法(昭和24年法律204号)の規定に基づいて病理解剖されることを承諾します。

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われます。このため、病理解剖では主要臓器から目的に必要な肉眼標本と顕微鏡標本が作製され、病理診断が下されます。

説明を受けられた項目に✓点を付けてください。

- 肉眼標本は一定期間保存され、礼を失することなく茶毘(だび)に付されます。顕微鏡標本やパラフィンブロック(ろう(蠟)につめられた標本)は、島根大学医学部・医学部附属病院内に保存されます。
- 病理解剖診断の結果は匿名化して、日本病理剖検輯(しゅう)報に登録されます。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。
- 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。ただし標本を使用してゲノム・遺伝子解析研究を行おうとする際には、別途島根大学医学部・医学部附属病院内の医学研究倫理委員会の審査を受けます。

脳解剖を行う場合

- 脳解剖について説明を受け、脳解剖が行われることを承諾します。

希望等:

令和 年 月 日

氏名: (自筆)

死亡者との関係:

住所: 〒

説明者(主治医).....

所属:科 氏名: (自筆)