

別記第1号様式(第3条関係)

第 号 ※受理番号第 号
令和 年 月 日 ※剖検番号第 号

熊本大学大学院生命科学研究部長 殿

病院所在地
電 話
病院名
院長名 印

病 理 解 剖 依 頼 書

別紙のとおり下記死亡者の遺族から承諾を得たので、病理解剖をお願いします。

記

ふりがな
死亡者氏名 性別 男 女
生年月日 年 月 日 歳

臨床診断

(注) ※の項は記入しないこと。
死亡診断書を添付願います。

病理解剖説明書及び承諾書

(注)記入後、コピーを御遺族に渡して下さい

フリガナ

故人氏名: (男・女)

生年月日: 年 月 日

生前の住所:

死亡年月日: 年 月 日

死亡の場所: 所在地
名称

熊本大学大学院生命科学研究部長 殿

上記の遺体が死体解剖保存法(昭和24年法律第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、病気で亡くなられた患者様の病気の成り立ちや経過を解明するとともに、それを医学の教育と研究並びに今後の医療に役立たせて頂くため、御遺族の承諾を得た上で、熊本大学に委託して行います。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を採取し、更に顕微鏡標本を作製して最終的な病理診断を行います。病理診断につきましては、主治医から御遺族に報告させていただきます。

説明を受けられ、承諾の場合は○印を、不承諾の場合は×印のいずれかを御自身で付けて下さい。

- () 肉眼標本は熊本大学で一定期間保存され、礼意を失することなく、茶毘に付されます。
- () 病理解剖診断の結果は匿名化し、日本病理剖検輯報および National Clinical Database に登録されます。
- () 解剖所見、標本や写真を、医学の研究や教育に使用させていただくことがあります。
- () 研究成果や写真は、学術雑誌や学術集会で公表される場合があります。
- () 生命倫理的な課題を含む研究を行う場合には、御遺族の同意を得た上で、熊本大学の倫理審査委員会の許可を受けてから実施されます。
- () 個人情報保護は保護され、公開されません。

なお、病理解剖の範囲については、全身で [() 脳を含む () 脳を含まない]、
あるいは局所のみ [採取臓器名(御自身で記入):]について承諾しました。

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: (署名) 印

故人との続柄:

住所:

電話番号:

説明者 所属: 担当医名(署名): 印

連絡先電話番号: ()