

# 病理解剖に関する遺族の承諾書

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科長 殿

1. 死亡者；氏名 \_\_\_\_\_ 様  
住所 \_\_\_\_\_
2. 死亡年月日； \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
3. 死亡の場所； \_\_\_\_\_

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るものであり、病理解剖では主要臓器から病理診断に必要な肉眼標本を採取し、さらに、顕微鏡検査標本を作製して診断します。

説明を受け、承諾された項目□にレ点をつけてください。

解剖部位は、以下の範囲とします。

- 全身     脳を除きます。  
                   脳を含みます。  
 局所のみとします。（部位： \_\_\_\_\_ ）
- 肉眼標本は一定期間保存され、死体解剖保存法に基づき、荼毘に付されます。  
    ・顕微鏡標本やパラフィン・ブロックは原則として半永久的に保存されます。
- 解剖診断は日本病理剖検輯報に登録されます。  
    ・亡くなられた方の氏名や住所等の個人情報登録されません。
- 採取した臓器の一部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。  
    ・研究に使用する際は、必要に応じて倫理委員会の審査を受けます。  
    ・学会や紙上発表の際には、匿名化して個人情報は公開されません。
- 上記の承諾事項に異議があれば、いつでも撤回や変更ができます。

特記事項：（遺族の希望等を記載）

私（たち）は、故人の病理解剖に関し、担当医師から十分な説明を受け、死体解剖保存法の規定に基づき、解剖が行われることを承諾します。

年      月      日

承諾者氏名 \_\_\_\_\_ 印（※注）

死亡者との関係 \_\_\_\_\_

住            所 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

説明者

所 属： \_\_\_\_\_ 医 師 名： \_\_\_\_\_ 印（※注）

※注 自筆署名の場合は捺印不要です。

別記様式第1号（第3条関係）

第 号

※受理番号第 号

年 月 日

※剖検番号第 号

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科長 殿

病院所在地

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

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。