病理解剖に関する遺族の承諾書

１．亡くなられた方のお名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

ご住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．死亡年月日　　　　年　　月　　日

３．死亡の場所

久留米大学病院　病院長殿

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致します。

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にレ点を付けて下さい。

□ 肉眼標本は一定期間保存され、礼意を失することなく、荼毘に付されます。
顕微鏡標本やパラフィン・ブロックは半永久的に保存されます。

□ 病理解剖診断の結果は匿名化に留意して、日本病理剖検輯報および National Clinical Database に登録されます。

□ 保存された標本の一部を死因ならびに病因の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。

□ 保存された標本を医学教育や医学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、個人情報は公開されません。また、医学研究に用いる際には、別途倫理委員会の審査を受けます。

特記事項

１．脳解剖の承諾について：　諾　否　（〇を付けて下さい）

２．ご遺族のご希望

病理解剖に関して上記の説明を受け、承諾しました。

年　　月　　日

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

死亡者との関係：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明者　所属＿＿＿＿＿＿＿＿　担当者＿＿＿＿＿＿＿＿（署名）