

## 病理解剖に関する遺族の承諾書（受託用）

フリガナ：

1. 亡くなられた方のお名前： \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_  
ご住所： \_\_\_\_\_
2. 死亡年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
3. 死亡の場所 \_\_\_\_\_ 科・部 \_\_\_\_\_

宮崎大学医学部長 殿

上記の遺体が死体解剖保存法(昭和24年法律204号)の規定に基づいて解剖されることを承諾いたします。

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つけてください。

- 肉眼標本は一定期間保存され、礼位を失することなく、茶毘に付されます。顕微鏡標本やパラフィン・ブロック(ロウにつめられた標本)は原則として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、日本病理剖検輯報及びNational Clinical Databaseに登録されます。
- 保存された標本の一部を死因及び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。
- 病理解剖診断の結果や採取した臓器の一部を医学教育に使用させていただくことがあります。
- 学術研究に使用する時には、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、個人情報公開されません。

特記事項：(\*脳解剖の是非、遺族のご希望等を記載下さい。)

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： \_\_\_\_\_ 印（※自筆署名の場合は捺印不要です。）

お亡くなりになった方との続柄： \_\_\_\_\_

住 \_\_\_\_\_ 所： \_\_\_\_\_ 連 \_\_\_\_\_ 絡 \_\_\_\_\_ 先： \_\_\_\_\_

説明者（※病理解剖依頼元の担当医師が上記の説明を行ってください。）

所 \_\_\_\_\_ 属： \_\_\_\_\_ 科・部 \_\_\_\_\_

担 \_\_\_\_\_ 当 \_\_\_\_\_ 医 \_\_\_\_\_ 名： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_