病理解剖に関する承諾書

（附）結果説明について

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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

福岡大学病院　病院長殿

病理解剖は亡くなられた方の死因を明らかにし、病気の成り立ちを解明するために行うもので、このため病理解剖では必要な臓器から、肉眼標本と顕微鏡検査標本を作製して診断をすることなどについて説明を受け、十分理解しました。ついては下記の項目に関し同意します。

（説明を受けてご了承が得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、礼意を失することなく荼毘（だび）に付されます。顕微鏡標本やパラフィンブロック（ロウで固められた標本）は可能な限り半永久的に保存されます。

□　病理解剖診断の結果は、個人の名前が判らない形で日本病理剖検輯報（国内で解剖を行った例を全て記録した台帳）に登録されます。

□　保存された標本を医学教育や学術研究（論文・症例報告）に使用させていただくことがあります。

□　いかなる場合においてもお名前や個人を特定する情報は公開されません。

□　遺伝子研究に使用する際には、別途福岡大学医学部の倫理委員会の審査を受けます。

特記事項：（脳解剖の許可、ご遺族の希望などを記載）

脳解剖　：　□可　　□不可

その他　：

病理解剖に関して上記の説明を受け、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いたします。

年　　月　　日

氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

死亡者との関係：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明者

所属：＿＿＿＿＿＿＿＿　担当医名＿＿＿＿＿＿＿＿印

（附）

剖検診断に関する説明（病理解剖約３ヶ月後に実施）についてのご希望。

□　解剖終了後の肉眼診断を希望し、顕微鏡検査後の説明は不要です。

□　顕微鏡検査後の説明を希望します。

（原則として来院されて担当科医師より説明を受けていただくこととなります。）

連絡/郵送先　〒＿＿＿＿＿＿電話（　　－　　－　　）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿