|  |
| --- |
| **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　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　1. 死亡年月日　　平成　　　　　年　　　　　月　　　　　日
2. 死亡の場所

**上記の遺体が死体解剖保存法の規定に基づいて解剖されることを承諾いたします。**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。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(ロウにつめられた標本)は半永久的に保存　されます。□　解剖診断の結果は匿名化に留意して、日本病理剖検輯報に登録されます。□　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：（脳解剖の是非、ご遺族の希望等を記載）****病理解剖に関して上記の説明を受け、承諾しました。**　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印（※注）　　　　　　　　　死亡者との続柄：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　説明者　　　　所属：　　　　　　　　　　　担当医名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※注　自筆署名の場合は捺印不要です。 |

※日本病理学会作成の承諾書を参考に作成