

## 解剖に関する遺族の承諾書【院外】

1. 亡くなられた方のお名前 様 才 性別
  2. ご住所
  3. 生年月日 年 月 日
  4. 死亡年月日 年 月 日 (午前・午後 時 分)
  5. 死亡の場所
- 

大阪公立大学医学部長殿

上記の遺体が死体解剖保存法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。

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、保管期間終了後、大学の責任において適切に処理されます。
  - 顕微鏡標本やパラフィン・ブロック標本は半永久的に保存されます。
  - 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。

年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ (自筆)

死亡者との続柄： \_\_\_\_\_

郵便番号： 〒 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

所属施設名： \_\_\_\_\_

担当医診療科 \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_ (自筆)