**病理解剖に関する遺族の承諾書**

新渡戸記念中野総合病院長

入江　徹也殿

１．死亡者 住所

氏名

２．死亡年月日　　　　　　年　　　月　　　日

３．死亡の場所：

　上記の死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肉眼標本を採取し、さらに、顕微鏡検査標本を作成して

診断します。

　説明を受け、承諾された項目にレ点をつけて下さい。

□肉眼標本は一定期問保存され、死体解剖保存法に基づき、荼毘に付されます。

　パラフィン・ブロックは１０年間保存された後、荼毘に付されます。

□解剖診断は日本病理剖検輯報に登録されます。

　この際、亡くなられた方の氏名や住所等の個人情報は登録されません。

□採取した臓器の一部を医学教育や学術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は匿名化して、個人情報は公開されません。

□ゲノム、遺伝子解析研究に、使用する場合があります。

□上記の承諾事項に異議があれば、変更することができます。

特記事項：脳解剖　□是　□否

遺族の希望等：臨床病理検討会要約　□要　□不要

病理解剖に関する遺族の承諾書の説明を受け、承諾しました。

年　　月　　日　　　　死亡者との関係

住所

氏名 印

説明者　所属：　　　　　　　　　担当医：　　　　　　　　　　　　　　　　 印