依頼日：　　　　　年　　　月　　　日

**Ａｉ：死亡時画像診断（ＣＴ撮影）依頼書**

　　　　　　　　　病院

　　　　Ａｉ担当医　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療施設名　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　：

FAX番号　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者名　： 印

　下記死亡した者の遺族から承諾を得たので、Ａｉを依頼いたしたくよろしくお願い申し上げます。

記

１．死亡した者の　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 様

２．性　　別：　　男　・　女

３．生年月日：　　大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和　　　年　　　月　　　日

４．年　　齢：　　　　　歳

５．死亡した者の住所　：

６．死亡年月日　：令和　　 年　　　月　　　日　午前・午後　　　　時　　　分

７．死亡の場所　：

８．既往歴（基礎疾患・外傷等）　：

９．臨床所見及び経過、感染症の有無（ある場合は感染症名）　：

10．臨床上の問題点及び検査希望事項　　：

11．その他　　：

**Ａi：死亡時画像診断（ＣＴ撮影）に関する承諾書**

１．死亡した者の　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 様

２．死亡した者の住所　：

３．生年月日：　　大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和　　　年　　　月　　　日

４．死亡年月日　：令和　　 年　　　月　　　日　午前・午後　　　　時　　　分

５．死亡の場所　：

上記のご遺体が　　　　　　　　　病院において、死亡時画像診断を実施することを承諾します。

なお、下記確認項目により取り扱われることに異存ありません。

　（確認項目）

　・保存された情報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には匿名化して、個人情報は公開されません。

令和　　　年　　　月　　　日

　遺族の代表者

　 死亡した者との続柄　：

　 住 所　：

　　　　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）

電 話 番 号　：

【依頼元医療機関】

　※私が上記内容について十分な説明を行い、ご承諾いただきました。

　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　管理者名