依頼日：　　　　　年　　　月　　　日

**剖検依頼書**

　　　　　　　　　病院

　　　　剖検担当医　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、剖検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　　：

**解剖に関する遺族の承諾書**

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　：

上記のご遺体が死体解剖保存法（昭和24年法律第204号）の規定に基づいて、

　　　　　　　　　　　　　　　病院において解剖及び遺体の一部が保存されることを承諾します。

　なお、病変検索のために保存された遺体の一部は、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）

　・解剖は脳を［１ 含みます・2 含みません］。（1, 2いずれかに○をつけてください）

・解剖及び遺体の一部保存につきましては、礼意を失することなく行います。

　・肉眼標本は、病理診断確定後、死体解剖保存法に基づき、荼毘に付されます。

　・病理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るとともに、

医学教育、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。

　・脳の解剖に際しては、両耳を結ぶ線に沿った切開をいれますが、通常、毛髪に隠れて切開線は見えません。

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

**〈静岡県立静岡がんセンターの場合はこちらの承諾書をご使用ください。〉**

剖検に関する承諾書

１　死亡した者の　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

２　死亡した者の住所　：

３　生年月日　：

４　死亡年月日　：

５　死亡の場所　：

　上記の遺体に対し、県立静岡がんセンターにおいて、死体解剖保存法（昭和24年法律第204号）の規定に基づいて、解剖及び遺体の一部が保存されることを承諾します。

　なお、病変検索のために保存された遺体の一部は、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）

　・解剖は脳を［１ 含みます　・　２ 含みません］。（１、２のいずれかに○をつけてください。）

　・解剖及び遺体の一部保存については、礼意を失することなく行います。

　・肉眼標本は、剖検後、死体解剖保存法に基づき、茶毘に付されます。

　・剖検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るとともに、医学教育、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。

　・脳の解剖に際しては、両耳を結ぶ線に沿った切開をいれますが、通常、毛髪に隠れて切開線は見えません。

・剖検の記録を行うため、依頼施設の担当医が立ち会います。

令和　　　年　　月　　日

遺族の代表者

死亡した者との続柄　：

住所　：

　：　　　　　　　　　　　　　　　　　（自著）

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　　　　　　　　　　　担当科・医師名

参考

念　　　書

○○○○病院

　院長　　○○　○○　様

患者　○○　○○　に関する医療事故調査制度における死因究明のため、解剖の必要性について説明を受けましたが、以下の事由により解剖の実施に同意いたしません。

＜ 理 由 ＞

　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

（患者との続柄：患者の　　　　　　　　　　　　　　）

※ 解剖について遺族の承諾が得られなかった場合、依頼者が取り付けておく。