

## 病理解剖に関する遺族の承諾書

フリガナ

1. 亡くなられた方の お名前：.....様

ご住所：.....

2. 死亡年月日 年 月 日

3. 死亡の場所 .....

千葉大学大学院医学研究院長殿

上記の遺体が解剖保存法（昭和 24 年法律 204 号）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。なお、病変検索のため保存された臓器に関しては、検索終了後、千葉大学大学院医学研究院の責任において適切に葬られます。

説明を受けられた項目に✓点をつけてください。

- 肉眼標本、顕微鏡標本は、一定期間保存され、礼意を失することなく茶毘に付されます。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。
- 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ます。
- 保存された標本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、個人情報とは公開されません。また、ゲノム・遺伝子解析研究に使用する際には、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、  了承いたしました。  
 了承いたしません。

平成 年 月 日

氏名：.....印

死亡者との関係：.....

〒.....

住所：..... TEL：.....

説明者

所属：..... 担当医：.....印