

病理解剖に関するご遺族の承諾書

(様式2)

札幌医科大学附属病院 病院長 殿

- 故人 氏名：
生年月日：
住所：
- 死亡年月日： 年 月 日
- 死亡された場所：

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われます。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製して診断します。

説明を受け、承諾された項目にチェックを付けてください。

- 肉眼標本は一定期間保存され、死体解剖保存法に基づき、茶毘に付されます。顕微鏡標本やパラフィン・ブロックは原則として半永久的に保存されます。
- 病理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。研究に使用するには、必要に応じて倫理委員会の審査を受けます。
- 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。
- 文部科学省・厚生労働省・経済産業省合同の「ヒトゲノム・遺伝子研究解析に関する倫理指針」に沿って、採取した臓器の一部を、ヒトゲノム・遺伝子研究解析に使用させていただくことがあります。
- 教育目的で札幌医科大学の学生が病理解剖に立ち会うことがあります。この際、学生が解剖行為を行うことはありません。
- 承諾される解剖範囲について、それぞれに丸印をつけてください。
全身解剖（開胸・開腹・開頭）
または
局所解剖（承諾される範囲： ）
- 上記の承諾事項に異議があれば、解剖を実施する前でしたら、いつでも変更できます。

病理解剖に関して上記の説明を受け、上記のご遺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しました。

署名日： 年 月 日
氏名：
故人との関係：
住所：

説明者所属： _____ 病院
担当医名： _____ 科