

剖検番号(執刀医が記載します) \_\_\_\_\_

(様式 1)

## 剖検依頼書

(剖検前に執刀医にお渡してください)

依頼者： \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_

担当医： \_\_\_\_\_ (連絡先(内線等)： \_\_\_\_\_)

患者： \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 才 (死産の場合：在胎 \_\_\_\_\_ 週)

患者 ID 番号： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日 身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg

死亡日時： \_\_\_\_\_ 年 月 日 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

住所： \_\_\_\_\_ 出身地： \_\_\_\_\_

職業：技術者 (金属 機械 電気 科学 建築 土木 鉱山 その他)

専門家 (医療 教育 芸術 その他)

事務系 (管理職 内勤 外勤 その他)

販売 (商店 飲食店 外交員 その他)

運輸通信 (鉄道 自動車 船 通信 その他)

作業員 (金属 自動車 電気 化学 繊維 印刷 建設土木 木工 食品製造 その他)

労務者

保安 (自衛官 警察 消防 その他)

サービス (主婦・家事 理容・美容 接客 農業 林業 漁業 その他)

無職 (無職の場合は一番長かった職業にも○を付ける)

臨床診断： 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

家族歴： \_\_\_\_\_

既往歴： \_\_\_\_\_

高血圧： 有・無 糖尿病： 有・無

感染症： HBV, HCV, HIV, HTLV-1, 結核, 梅毒, その他 ( \_\_\_\_\_ )

治療歴：手術 輸血 放射線 副腎皮質ホルモン 抗癌剤 移植 抗生剤 被爆 透析

癌以外の手術：術後期間：1ヶ月以内 1ヶ月以上

移植手術：血管 腎 肝 骨髄 その他

心臓手術：奇形 弁置換 血管 その他

その他の手術（ )

病悩期間：1ヶ月未満 1-6ヶ月 6ヶ月-1年 1-5年 5年以上

訴訟、事件等法律問題に関与する可能性：有・無

異状死体届け出：有・無 検視：有・無

臨床経過：

臨床上的の問題点（剖検で特に明らかにしたい点）