

様式2

## 病理解剖承諾書

説明担当医所属： \_\_\_\_\_ 担当医氏名： \_\_\_\_\_ 印

死亡者住所氏名：住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日：(和暦) 年 月 日生 男・女

死亡年月日：(和暦) 年 月 日

死亡の場所：

上記の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われます。このため、病理解剖では、主要臓器を採取し、さらに、顕微鏡標本を作製して診断します。説明を受け、各項目に承認の場合は○、不承認の場合は×を記入して下さい。

1. ( ) 採取した臓器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。ただし、顕微鏡標本やパラフィンブロックは徳島大学医学部にて原則として半永久的に保存されます。
2. ( ) 病理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。
3. ( ) 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。研究に使用する時には、必要に応じて倫理委員会の審査を受けます。学会や誌上発表の際には匿名化して、個人情報は公開されません。

解剖の範囲は以下の通りとします。

[ \_\_\_\_\_ ]

私は上記の病理解剖および解剖後の臓器の利用について説明を受け、承諾しました。

(和暦) 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ 印 続柄： \_\_\_\_\_

(自筆)

住所： \_\_\_\_\_

徳島大学医学部長  
徳島大学歯学部長 殿  
徳島大学病院長