**解剖に関する遺族の承諾書**

１　亡くなられた方の住所及び氏名

　　　　　住　所

　　　　　氏　名

　　２　死亡年月日

年　　　　月　　　　日

３　死亡の場所

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。

説明を受けられた項目にレ点をつけてください。

□　肉眼標本は一定期間保存され、礼意を失することなく、に付されます。

□　顕微鏡標本やパラフィン・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。

□　解剖診断の結果は匿名化に留意して、日本病理剖検に登録されます。

□　保存された標本を医学教育や医学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。また、医学研究に用いる際には、別途倫理委員会の審査を受けます。

□ 病理解剖範囲　　　頭部　　胸腹部　　四肢　　（〇印をつけてください）

説明者

　所　属　　　　　　　　病院　　　　科　　　　　担当医氏名

**病理解剖に関して上記の説明を受け、上記の遺体が死体解剖保存法（昭和24年法律**

**204号）の規定に基づいて病理解剖されることを承諾します。**

　　年　　　月　　　日

住　所

亡くなられた方との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　印　（※注）

※注　自筆署名の場合は捺印不要です。