

病理解剖に関する承諾書

亡くなられた方のお名前：

ご住所：

死亡年月日：西暦 年 月 日

死亡の場所：

九州大学医学研究院長殿

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。
病理解剖は亡くなられた方の臨床診断や治療の妥当性の検証及び直接死因の解明などを目的に行うものです。

- 1. 肉眼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。顕微鏡標本やパラフィンブロック（ロウで固められた標本）、新鮮凍結検体は可能な限り半永久的に保存されます。
- 2. 病理解剖診断の結果は、個人の名前が判らない形で日本病理剖検輯報にほんびょうりぼくけんしゅうほう及びNational Clinical Databaseに登録されます。
- 3. 保存された標本を医学教育や学術研究に使用させて頂くことがあります。
- 4. 学会や研究会での発表の際にはお名前や個人を特定する情報は公開されません。
- 5. 正確な剖検診断のために遺伝子検査が必要となる可能性がありますので、検査への同意をお尋ねします。
同意されない場合は、遺伝子検査を行いません。*
- 6. 診断以外で医学研究に使用する際は、別途九州大学の倫理委員会の審査を受けます。

病理解剖について上記の説明を受け、承諾しました。

<承諾者>

西暦 年 月 日

氏名： 亡くなられた方との関係：

住所：

*正確な剖検診断を行うため、必要に応じて遺伝子検査を行うことに同意しますか。

(はい ・ いいえ) いずれかに○を付けて下さい。

説明年月日 年 月 日

同意取得医師所属

同意取得医師