**病理解剖に関する遺族の承諾書**

東北大学病院長殿

お亡くなりになられた方の住所及び氏名

本　籍

現住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　 年　　月　　日生）

死亡（死産）年月日

　 　令和　　年　　月　　日（午前・午後　　時　　分）

　 　死亡場所

　　　　　　　　 病院 科

　主治医から説明を受け、承諾なされた項目（レ点）

□ 肉眼標本は、一定期間保存され、礼意を失することなく荼毘に付されます。

□ 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。

□ 病理解剖診断の結果は匿名化に留意して、日本病理剖検輯報に登録されます。

□ 摘出された組織の一部を保存し、医学の教育又は研究のために用いる場合があります。学会や紙上発表の際には匿名化し、個人情報は公開されません。

□ 遺伝子検索を伴う学術研究の際は、倫理委員会の承認を得た後に用いられます。

皮膚に傷を付けて欲しくない場所がございますか □有 □無

　　　有 の場合、傷をつけて欲しくない部位（レ点）　 　□頭部 □顔 □手 □足

＊病理解剖終了後は新しい浴衣に着替えてお返し致しますので、新しい浴衣とオムツの準備をお願い致します。

**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（注）されることを承諾いたします。**

(注)病理解剖はお亡くなりに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。このため、病理解剖ではご遺体の主要臓器から上記の目的に必要な肉眼標本と顕微鏡検査標本を作製して診断、検討させていただきます。

令和　　年　　月　　日

ご遺族代表の方の、亡くなられた方との続柄：

住　所　〒

　　　　氏　名　 　印（自筆署名の場合は捺印不要です）

（説明者）所　属 医師氏名 　印

※お亡くなりになられた方のご氏名に、必ずふりがなをご記入ください。