

## 病理組織検査依頼書

西暦 年 月 日

愛知医科大学加齢医科学研究所長 殿

依頼者

病院所在地 〒

病 院 名

診 療 科

医 師 名

Tel ( )

下記患者の剖検組織の病理組織検査を依頼します。病理組織検査料（病理標本作成料、病理診断料、報告書作成料を含む。剖検や検討会などに関する代務料、交通費は別途お支払い下さい）を速やかに支払うことに同意します（振込手数料は、ご依頼者にてご負担、本書類は検査依頼時原本を加齢医科学研究所に提出し、コピーを依頼病院にて保存してください）。

## 記

|   |                                 |                   |
|---|---------------------------------|-------------------|
| 患者氏名  | 殿 男・女 年齢 歳 生年月日（西暦）             | 年 月 日             |
| 死亡日時（西暦）：   | 年 月 日 午前・午後                     | 時 分               |
| 剖検日時（西暦）：   | 年 月 日 午前・午後                     | 時 分開始             |
| 臨床診断  | 全経過： 年 月 日                      |                   |
| #1  |                                 |                   |
| #2  |                                 |                   |
| #3  |                                 |                   |
| 病理組織検査に対し、特に依頼したい事柄、その他特記すべき事柄  | #                               |                   |
| HB抗原： + - 未、  | HCV： + - 未、                     | 梅毒反応： + - 未       |
| HB抗体： + - 未、  | HIV： + - 未、                     | COVID-19： + - 未   |
| 病理組織検査料の請求先 <input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> 依頼者と異なる（下記に記載） | 【請求先（担当部署、担当者名、電話番号またはメールアドレス）】 |                   |
| 病理組織検査料   | 250,000 円（税込）                   | 支払いに関する<br>問い合わせ先 |
| 加齢医科学研究所 事務担当<br>TEL: 0561-62-3311（内線 12091）  |                                 |                   |
| 以下記入不要  |                                 |                   |
| 病理組織検査区分  |                                 |                   |
| 1. 愛知医科大学剖検例 2. 出張剖検例 3. 持ち込み剖検例 4. 出張ブレインカッティング例<br>5. 持ち込み標本検索依頼例 6. その他（ ）       |                                 |                   |
| A. 検査請負者  | B. データ入力                        | C. 事務提出           |
| 病理組織検査料支払い  | 済み ・ 不要                         | コピー提出済み ・ 不要      |
| 済み ・ 不要   |                                 |                   |

## 病理解剖および愛知医科大学加齢医科学研究所ブレインリソースセンターへの登録承諾書

愛知医科大学医学部長殿

患者さんのお名前 \_\_\_\_\_ 様 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日生 [男・女]  
生前のご住所 \_\_\_\_\_ 死亡年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日  
〔死亡の場所：在宅・医療機関等 \_\_\_\_\_ 病院・施設 〕

私は、病理解剖と「愛知医科大学加齢医科学研究所ブレインリソースセンター」への登録に協力することについて、担当医師から説明文書を持って以下の項目について十分な説明を受けました。

### □にチェック✓を記入して下さい

#### I. 病理診断と「日本病理剖検輯報」への登録について

1. 病理解剖と日本病理剖検輯報に登録されること。

承諾します

2. 解剖の範囲について

脳を含む全身

脳のみ

脳以外の全身

3. 保存された病理検体または病理検体の一部を用いて病理学・生化学・微生物学的、遺伝子学的診断を行い、必要とする一定の期間が経過した後に、火葬に付されること。

承諾します

4. 病理診断結果の報告

希望します

希望しません

#### II. 診断のための遺伝子検査を行うこと

承諾します

承諾しません

#### III. 医学研究および教育使用に関する愛知医科大学加齢医科学研究所ブレインリソースセンターへの登録

疾病の原因・病態の解明と治療法の開発のために、診断終了後に上記病理検体の一部が愛知医科大学加齢医科学研究所において保存されること、愛知医科大学加齢医科学研究所あるいは共同研究施設において遺伝子解析を含む研究に用いられること、個人情報に厳重に管理されること、遺伝子解析を含む研究は愛知医科大学医学部倫理委員会の承認を得ていること、研究結果等が個人情報の保護の上で学会および医学雑誌等に公表されること、日本ブレインバンクネットに匿名化されて登録されること、試料は国内外の他の研究機関や創薬や治療のための企業の研究に提供する可能性があること、研究に用いる際には公告することについて、登録同意は中止可能なことに関して必要かつ適切な説明を受けました。その趣旨を理解しましたので愛知医科大学加齢医科学研究所ブレインリソースセンターへの登録を

承諾します

承諾しません

教育目的に、貴院に保存されている標本を、個人情報を保護の上、使用すること

承諾します

承諾しません

医学研究のために行う遺伝子研究で偶発的にみつけた情報は原則として提供しないこと

承諾します

承諾しません

#### IV. 特記事項:ご遺族の希望等を記載

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

ご遺族代表の署名 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

亡くなられた方との続柄 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

説明医師 署名 \_\_\_\_\_

所属・職 \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科、住所 \_\_\_\_\_、電話 \_\_\_\_\_

[第1号書式]

## 死亡診断書(又は死体検案書)抄

1. 住所

氏名

性別

年齢

2. 発病年月日

年

月

日

3. 死亡年月日時分

令和

年

月

日

時

分

4. 死亡の場所

5. 死亡の種類

6. 直接死因及び間接死因

上記の通り証明する。

令和

年

月

日

住所

医師氏名



## 解剖に関する遺族の承諾書

1. 死者の住所および氏名

2. 死亡年月日

令和 年 月 日

3. 死亡の場所

上記の死体が死体解剖保存法の規定に基づいて解剖されることに異存ありません。

つきましては、採取された臓器・組織・細胞などが、つぎのように使われることに異議なく承諾します。

- ① 摘出臓器・組織の肉眼写真、顕微鏡用ガラス標本、顕微鏡標本用パラフィンブロックおよび病理診断書が作製（作成）され、解剖担当施設に一定期間保存されること。
- ② さらに、病理標本・材料が、匿名化によりプライバシーが保護された上で、医学研究（病態解明、新しい診断法・治療法の開発など）、医学・看護教育や診断の精度管理に利用されること。
- ③ 親子間の遺伝に関係のない病巣組織における遺伝子の変異などは、診断確定や病態解明の目的で検査する場合があるが、遺伝病に関係するヒトゲノム・遺伝子研究に関する同意は、本承諾書には含まれず、必要な場合は別途同意を得ること。
- ④ 解剖結果の概要が日本病理剖検輯報に掲載されること。
- ⑤ 病理学的検索の終了後、一定の保存期間において、残された臓器・組織類は解剖担当施設の責任・費用負担で火葬に付されること。

### 解剖の許可範囲について

- 身体臓器一般（脊髄、脊椎、骨髄を含む）  
 局所解剖（

）  
※許可いただける臓器をご記入ください。

### 脳の解剖について

- 承諾します  
 承諾しません

令和 年 月 日

住所

死者との続柄

氏名

印

[第3号書式]

第 号  
令和 年 月 日

※受理番号第 号  
※剖検番号第 号

大学 (医学部長) 殿

所在地  
医療機関名  
電話番号  
院長名

㊟

## 病理解剖依頼書

別紙のとおり下記死亡者の遺族から承諾を得ましたので病理解剖をお願いいたします。

### 記

死亡者氏名 生年月日 年 月 日

年齢 歳 性別 男 ・ 女

臨床診断

### 解剖承諾範囲

- 身体臓器一般(脊髄、脊椎、骨髄を含む)  
 局所解剖( )

※許可いただける臓器をご記入ください。

### 脳の解剖について

- 承諾します  
 承諾しません