

令和5年10月

病理解剖委託申込み方法
(山形大学医学部附属病院での持ち込み解剖)

山形大学医学部附属病院での持ち込み解剖で、医療事故調査制度に基づく医療関連死以外の病理解剖を希望される場合は、下記を確認の上、申込みください。

【申込み先】

病理診断学講座 TEL: 023-628-5238

(不在の場合は、病理解剖当番医携帯電話: 090-7336-8182)

【注意事項】

1. 申込みは医師（病理解剖方法などの打合わせが必要ですので、可能な限り主治医）からお願いします。
2. 可能な限り医師の帯同をお願いします。
3. 看護師1名は必ず帯同をお願いします（エンゼルケアなどのため）。
4. 遺体の搬送は各医療機関で対応ください。なお、搬送場所は病理解剖室です。

【受付時間】

平日 8:30 ~ 15:00

休日・祝日 9:00 ~ 12:00

【必要書類（以下4点を病理解剖時に持参してください。）】

1. 死亡診断書（コピーに医師の押印が必要）
2. 解剖に関する遺族の承諾書（別紙記入；遺族の押印または拇印が必要）
3. 病理解剖委託申請書（別紙記入）
4. 臨床情報を記載した病理解剖依頼書（別紙記入）

【料金】

ご遺体一体につき 250,000 円（税込）（料金については変更することがあります。）

【事務手続きに関する窓口】

料金の支払等に係る事務手続きでご不明な点がある場合は、下記へご連絡ください。

管理課業務センター事務室担当 023-628-5023 (mail: yu-ikagyomu@jm.kj.yamagata-u.ac.jp)

窓口の受付時間 8:30~17:00 まで（平日のみ）

病理解剖に関する遺族の承諾書（院外）

- 亡くなられた方のお名前： _____ 様 性別：男・女
生年月日（年齢）：（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日（満 _____ 歳）
住所： _____
 - 死亡年月日：（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分
 - 死亡の場所（病院名・診療科名）： _____ . _____
- ※. 子宮内胎児死亡の場合、お名前のところに〇〇の子と記載して下さい。

山形大学医学部長殿

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為に行います。このため、病理解剖では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します。説明を受けた項目にレ点をつけて下さい。

- 肉眼標本は一定期間保存され、礼意を失することなく、茶毘に付されます。解剖後の遺体の一部は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）にて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。
- 保存された標本を医学教育や遺伝子検索を含む医学研究（共同研究を含む）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。

特記事項：（脳解剖の是非などについてのご遺族の希望等を記載）

病理解剖に関して上記の説明を受け、承諾しました。

西 暦： _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏 名： _____ 印（※注）

死亡者との続柄： _____

住 所： _____

（※注：自筆署名の場合は捺印不要です。）

説明者（施設名・診療科名・担当医名）：

_____ . _____ . _____ 印

※受理番号第	号
※剖検番号第	号

第 年 月 日

山形大学医学部長 殿

病院所在地
病院名 電話
院長名 (記名押印又は署名)

病 理 解 剖 委 託 申 請 書

このことについて、下記死亡者の遺族から別紙のとおり承諾を得たので、死亡診断書を添えて病理解剖委託を申請します。

記

(フリガナ)
死亡者氏名

性 別 男 ・ 女
生 年 月 日 年 月 日 歳
臨 床 診 断

(注) 性別の項目は、男女どちらかを○で囲むこと。

年/月/日					年/月/日				
血 液 生 化 学 検 査	RBC	/ /	/ /	/ /	腫 瘍 マ ー カ ー	血糖	/ /	/ /	/ /
	Hb					CRP			
	Ht					プロカルシトニン			
	MCV					リウマチ因子			
	MCH					抗核抗体			
	MCHC								
	Reticulo (%)								
	フェリチン								
	WBC								
	Neutro(%)								
	Lymph(%)								
	Mono(%)					CEA			
	Eosino(%)					CA125			
	Baso(%)					SCC			
	異型細胞					proGRP			
	Platelet					NSE			
	PT (秒)					siL-2R			
	PT (%)								
	PT-INR								
APTT (秒)									
APTT (%)									
Fibrinogen									
FDP									
TP									
Alb				pH					
T-Bil				比重					
D-Bil				尿糖					
AST				尿蛋白					
ALT				尿潜血					
LDH				尿ケトン体					
ALP				尿ビリルビン					
ChE				尿ウベリナーゲン					
γ-GTP				尿中赤血球					
AMY				尿中白血球					
p.AMY				尿中上皮細胞					
s.AMY				尿円柱					
CK									
BUN									
Cre									
Na									
K									
Cl									
Ca									

身長	cm	体重	kg
心電図所見			
画像検査所見			
単純X線:			
CT:			
MRI:			
PET/CT:			
内視鏡検査:			
その他(シンチ, 超音波検査, その他の造影検査など)			

病理組織検査結果(細胞診および他院での検査も含む)				
検査の種類	検査病院	検査日	検体番号	診断
細胞診 / 生検 / 手術				
細胞診 / 生検 / 手術				
細胞診 / 生検 / 手術				
細胞診 / 生検 / 手術				