

○宮崎大学医学部病理解剖受託規程

平成 16 年 4 月 1 日
制 定

改正 平成 23 年 12 月 7 日 平成 24 年 9 月 5 日
平成 26 年 3 月 20 日 平成 31 年 4 月 26 日
令和 元年 9 月 4 日 令和 2 年 9 月 2 日
令和 4 年 6 月 1 日

第 1 条 宮崎大学医学部において受託する病理解剖（以下「解剖」という。）については、死体解剖保存法（昭和 24 年法律第 204 号）に定めのあるもののほか、この規程の定めるところによる。

第 2 条 解剖は、教育研究上有意義であり、かつ、本来の教育研究に支障を生じるおそれがないと認められる場合に限り、これを受託することができる。

第 3 条 解剖を依頼しようとする者（以下「依頼者」という。）は、別紙様式第 1 号による病理解剖依頼書を医学部長に提出しなければならない。

2 医学部長は、解剖の受託を決定したときは、依頼者に別紙様式第 2 号による病理解剖承諾書を交付するものとする。

第 4 条 依頼者は、前条第 2 項に規定する病理解剖承諾書の交付を受けたときは、解剖料（1 体につき 275,000 円）を前納しなければならない。この場合、既納の解剖料は還付しない。

2 医学部長は、前項の規定にかかわらず、特に教育研究上必要と認めるときは、解剖料を徴収しないことができる。

第 5 条 解剖終了後、担当教員は解剖所見を依頼者に報告するものとする。

第 6 条 この規程に定めるもののほか、解剖の取扱いに関する必要な事項は、別に定める。

附 則

この規程は、平成 16 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この規程は、平成 24 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この規程は、平成 24 年 9 月 5 日から施行する。

附 則

この規程は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この規程は、令和元年 5 月 1 日から施行する。

附 則

この規程は、令和元年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この規程は、令和 2 年 9 月 2 日から施行する。

附 則

この規程は、令和 4 年 6 月 1 日から施行する。

別紙様式第1号

第 号
年 月 日

※受理番号第 号
※剖検番号第 号

宮崎大学医学部長 殿

病院所在地

病 院 名

電話

院 長 名

(印)

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たので病理解剖をお願いします。

記

死亡者氏名

性別 男・女

生年月日 年 月 日 歳

臨床診断

(注) ※印の項は記入しないこと。

別紙

病理解剖に関する遺族の承諾書（受託用）

フリガナ：

1. 亡くなられた方のお名前：_____ 生年月日 _____
ご住所：_____
2. 死亡年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
3. 死亡の場所 _____ 科・部 _____

宮崎大学医学部長 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ために行います。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、礼位を失することなく、茶毘に付されます。顕微鏡標本やパラフィン・ブロック(ロウにつめられた標本)は原則とし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、日本病理剖検輯報及び National Clinical Database に登録されます。
- 保存された標本の一部を死因及び病因の解明につながる遺伝子検査・遺伝子解析等に使用させていただくことがあります。
- 病理解剖診断の結果や採取した臓器の一部を医学教育に使用させていただくことがあります。
- 学術研究に使用する時には、必要に応じて倫理委員会の審査を受けます。学会や紙上発表の際には匿名化して、個人情報公開されません。

特記事項：(* 脳解剖の是非、遺族のご希望等を記載下さい。)

病理解剖に関して上記の説明を受け、承諾しました。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

氏 _____ 名：_____ 印（※自筆署名の場合は捺印不要です。）

お亡くなりになった方との続柄：_____

住 _____ 所：_____ 連 _____ 絡 _____ 先：_____

説明者（※病理解剖依頼元の担当医師が上記の説明を行ってください。）

所 _____ 属：_____ 科・部 _____

担 _____ 当 _____ 医 _____ 名：_____ 印 _____

別紙様式第2号

第 号
年 月 日

殿

宮崎大学医学部長 (印)

病理解剖承諾書

年 月 日付けをもって依頼のありました死亡者
(性別 生年月日 年 月 日年齢 歳) の病理解剖を下記により承諾します。

記

- | | | |
|---|----------|-----------|
| 1 | 解剖料金 | 275,000 円 |
| 2 | 解剖料の納付方法 | 前 納 |