



病理解剖同意書

病理解剖同意書 1/1

令和 年 月 日

1 患者の住所

ふりがな

及び氏名

男 女

生年月日

2 死亡年月日

令和 年 月 日

3 死亡場所

福岡和白病院

その他

4 臨床診断名

食道肉腫、肺・肝転移、胸膜播種

上記の御遺体を死体解剖保存法の規定に基づいて解剖する事に同意します。
なお、病変検索のため保存された臓器に関しては、検索終了後福岡和白病院
の責任において適切に葬られることに異存ありません。

遺族同意者の住所

患者との続柄

氏名

生年月日

福岡和白病院 院長殿

上記のとおり病理解剖実施の同意が得られましたので貴職宛の同意書を送付します。

福岡和白病院 主治医師

柴田 義彦

上記の病理解剖を承認します。

福岡和白病院 院長

柴田 義彦

上記の解剖検査を令和 4 年 6 月 7 日実施しました。

福岡和白病院 解剖医

小松 和貴