

同意書

病理検体を学術研究、教育、精度管理に使うことについて

藤田保健衛生大学病院長殿

このたび私は、手術、組織診（生検）、細胞診検査を受けることになりました。私の病状、予後や合併症のほか、手術、組織診、細胞診検査といった病理診断の内容やその意義、大学病院における診療・研究・教育の役割などについて説明を受け、十分納得できましたので、手術・組織診、細胞診検査で私から採取された臓器・組織・細胞などの病理検体が、病態の原因追究、新治療法の開発などの医学研究、医学教育、診断の精度管理に使われることに同意します。

また、摘出臓器・組織の肉眼写真、顕微鏡用ガラス標本、顕微鏡標本用のパラフィンブロックおよび病理診断報告書が作製（作成）され、病理部に一定期間保存されること、病理学的検索の終了後、一定の保存期間ののち、残された臓器・組織類は大学病院の責任で火葬に付されることについてもあわせて同意します。

平成 年 月 日

患者さま

ご氏名（ふりがな）

（明・大・昭・平 年 月 日生）

[男性、 女性]

代諾者

ご住所 〒

電話（ ） —

ご氏名（ふりがな）

続柄 []

ご氏名（ふりがな）

続柄 []

担当医記載欄

患者さま ID :

採取予定日（手術、生検、細胞診）（平成 年 月 日）

科 担当医 平成 年 月 日

科 担当医 平成 年 月 日
