

死亡時画像検査に関する承諾書

福井大学医学部附属病院長 殿
福井大学医学部医学部長 殿

1. なくなられた方の

氏 名：

生年月日：(□明治 □大正 □昭和 □平成) 年 月 日生

住 所：

2. 死亡年月日 : 平成 年 月 日

3. 死亡された場所 : □ 福井大学医学部附属病院 □ ()

死亡時画像検査（オートプシーイメージング）は、直接的な死因や、病気の成り立ちを究明するために行われる検査のひとつです。

説明を受けた項目にチェックを付けてください。

- ☐ 死亡時画像検査では、CT 装置並びに必要な場合には MRI 装置を用いて御遺体を検査します。
- ☐ 検査費用の負担は一切ありません。
- ☐ 画像検査の結果はデータベースに登録され、死因検索を初め、医学教育、並びに学術研究に活用させていただきます。
- ☐ 学会や紙上発表の際には匿名化して、個人情報とは公開されません。
- ☐ 研究に使用する際には、必要に応じて学内倫理審査委員会の審査を受けます。

死亡時画像診断に関する上記の説明を受け、検査実施を

☐ 承諾します。

☐ 承諾しません。

署 名 日： 平成 年 月 日

氏 名： 印

故人との関係：

住 所：

説明者氏名： 印
所属：