

死亡時画像検査A i (オートプシー・イメージング)  
に関する遺族の承諾書

亡くなられた方の ID : \_\_\_\_\_

お名前 : \_\_\_\_\_

死亡年月日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

この書類は、死亡時画像検査A i (オートプシー・イメージング) の同意に関すること等について説明したものです。

- ・ 画像撮影に同意いただきました場合は、X線CT装置等の画像撮影を実施します。
- ・ これらの検査に使用する装置・方法は、皆さまが日常検査を受けられるものと同じです。
- ・ 御遺体に何らかの操作を加えることはありません。
- ・ 実施により死亡原因が明らかになる場合があります。
- ・ 得られた医療情報の個人情報については秘密が守られます。
- ・ 同意された後、いつでも同意を撤回することができます。

上記事項をよく理解され、下記にお名前、亡くなられた方との関係及び御住所を御記入願います。

説明者

医 師 : \_\_\_\_\_

死亡時に実施する画像検査に関して、上記の説明を受け、承諾します。

年 月 日

お名前: \_\_\_\_\_ (自署)

亡くなられた方との関係 : \_\_\_\_\_

御住所 : \_\_\_\_\_