

## 死亡時画像検査申込書

社会医療法人 祥和会  
脳神経センター 大田記念病院長 殿

委託者 機関名 :  
医師名等 : 印  
住所 :  
電話番号 :

下記のとおり死亡時画像検査を申込みます。

### 記

X線CT装置にて御遺体の画像撮影を依頼します。

- 1 氏名 \_\_\_\_\_
- 2 性別 男・女
- 3 生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日
- 4 年齢 \_\_\_\_\_ 歳
- 5 撮影部位  
 全身  
 その他 (具体的に)  
\_\_\_\_\_
- 6 感染症の有無  
 有り 感染症名 … ( \_\_\_\_\_ )  
 無し
- 7 検査の理由又は臨床経過、死亡前後の状況等(具体的に)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(注1) 委託者欄に機関の所在地、名称、代表者名、担当医氏名等を記入してください。  
(注2) 画像提供は CD または DVD にてお渡します。後日郵送となる場合がございます。  
(注3) 得られた個人や名前を識別する情報は、症例報告や研究発表に使用いたしません。なお、匿名化したデータは今後の医学・医療の発展のために利用させていただきます。

2015.9.30 作成 2021.6.1 改訂