

## 病理解剖実施に関する承諾書

帯広畜産大学動物医療センター長 殿

1. 亡くなられた方のお名前： \_\_\_\_\_ 様

2. 死亡年月日： \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

上記遺体について病理解剖されることを承諾します。

年 月 日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご 氏 名： \_\_\_\_\_ 印\*

続 柄： 飼い主様・その他（ \_\_\_\_\_ ）

説明者

所属： \_\_\_\_\_ 担当獣医師名： \_\_\_\_\_ 印\*

※ 自筆署名の場合は押印不要

---

病理解剖に関して、ご希望される項目にレ点をつけてください。

- ・ 病理解剖後のご遺体については、
  - 縫合・清拭後にお返しする
  - 学内施設にてお骨・灰にした後にお返しする
  - 学内施設にてお骨・灰にした後、学内慰霊施設にて慰霊する
- ・ 病理解剖検査の範囲
  - 病理医に一任  頭部検査は避ける  その他（ \_\_\_\_\_ ）
- ・ 最終的な検査結果についての説明を
  - 希望しない  希望する
- ・ その他ご家族の希望