

死体解剖許可申請書

平成 年 月 日

保健所長 へ

住 所

医療機関名

氏名(医師名)

印

次のとおり死体を解剖したいので、死体解剖保存法第2条第1項及び同法施行規則第1条の規定により申請します。

1 解剖を行う者の住所、氏名、年齢及び資格

(1) 住 所 _____

(2) 氏名及び年齢 _____ 年 月 日生(歳)

(3) 資 格 医師 ・ 歯科医師 ・ その他(_____)

2 解剖を必要とする理由(該当するものに を付けてください。)

() 死因を特定する

() 病変の部位や状況等を明らかにする

() その他(_____)

3 解剖を行おうとする場所(該当するものに を付けてください。)

() 医療機関名に同じ

() 上記以外(_____)

4 解剖に関する履歴の詳細

(1) _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日(_____ 年 月)
_____ 病院・大学 例

(2) _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日(_____ 年 月)
_____ 病院・大学 例

(3) _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日(_____ 年 月)
_____ 病院・大学 例

・・・ 公衆衛生の向上又は医学教育、研究のため特に必要があると認められる場合。

(添付書類) 死亡の事実を証明する書類(第1号様式)
解剖に関する遺族の承諾書(第2号様式)又は死体解剖保存法第7条第2号の規定に該当することを証する証明書(第3号様式)
医師又は歯科医師であるものは免許証の写し
医師又は歯科医師でないものは履歴書

第1号様式

死亡診断書（又は死体検案書）抄

1 住 所

都・道・府・県 市・郡 町・村

2 氏 名

3 性 別

男 ・ 女

4 年 齢

明治・大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳 ）

5 発病年月日

明治・大正・昭和・平成 年 月 日

6 死亡年月日時分

平成 年 月 日 午前・午後 時 分

7 死亡の場所

8 死亡の種類

9 直接死因及び間接死因

上記のとおり証明する。

平成 年 月 日

住 所

医師氏名

印

第2号様式

解剖に関する遺族の承諾書

1 死者の住所

都・道・府・県 市・郡 町・村

2 死者の氏名

3 死亡年月日

平成 年 月 日

4 死亡の場所

上記の死体が死体解剖保存法の規定に基づいて解剖されることに異存ありません。

平成 年 月 日

住 所

死者との続柄

氏 名

印

第3号様式

遺族の諾否確認不能証明書

1 死亡者の住所

_____ 都・道・府・県 _____ 市・郡 _____ 町・村 _____

2 死亡者の氏名

3 直接死因及び間接死因

4 遺体の解剖を特に必要と認める理由

5 遺族の所在が不明のときはその旨及びその理由

6 遺族が遠隔の地に居住する等の理由により遺族の諾否の判明するのを待っていては、その解剖の目的がほとんど達せられないことが明らかな場合はその旨及びその理由

上記の死体については、遺族の承諾がなくてもその解剖が必要であることを証明する。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所

主治医師氏名

印

住 所

医師(又は歯科医師)氏名

印