**死亡時画像診断に関する遺族の承諾書**

亡くなられた方の　お名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

ご住所：

　　　　　　　 　死亡年月日：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

本書類は、上記の遺体への死亡時画像診断の実施に関して説明したものです。

説明を受けられた項目に 点をつけてください。

□　画像撮影に同意いただけました場合は、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。

□　ご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。

上記事項をよく確認した上で、同意していただける場合には、下記にお名前、死亡者との関係及びご住所をご署名願います。

説明者

医　師：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

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。

□　承諾しません。

　　○○○○病院　　院　長　様

平成　　　　　年　　　　月　　　　　日

お名前　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

死亡者との関係　：

ご住所　：