病理標本・病理検体の院外貸し出し申請書

徳島県立中央病院院長 殿

当院病理診断科で保存されている病理標本・病理検体の貸し出しを申請します。

1. 申請日　 年　　　月　　　日
2. 申請者について

氏名：

住所：

医療機関名・診療科：

患者との関係・続柄等：

1. 患者について

氏名：

当院ID：

受診科：

1. 貸し出しを必要とする試料について

病理検体が提出された年月日：

病理検査番号：

種類　（チェック記入）

　　（　）病理組織・細胞スライドグラス標本、　（　）病理組織パラフィンブロック

1. 貸し出しを求める理由　（労災・救済認定、セカンドオピニオン、コンサルテーション等、その内容を具体的に記載する）
2. 試料返却の可能性がない場合は、その理由

病理標本・病理検体の院外貸し出しに関する同意書

徳島県立中央病院院長 殿

私 (患者氏名　　　　　　　　　　　)は、病理標本・病理検体の院外貸し出しにあたり、下記の医師から、以下の注意事項のすべてについて説明を受け、その内容を十分に理解しました。貸し出された病理標本・病理検体の取り扱いにつき、注意事項を守ることに同意します。

当院病理標本・病理検体の貸し出しについて、説明を受けられた項目についてレ点を付け、確認してください。

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* + 病理標本・病理検体は作成時にホルマリン固定やアルコール固定されており、ほとんどの病原体は失活していますが、医療機関では感染性のある検体に準じて取り扱われています。
	+ 病理標本・病理検体は「診療に関する諸記録」として「診療録」と同様に病院が保管義務を有しています。
	+ 今回、労災・救済認定、セカンドオピニオン、コンサルテーション等の希望により、病理標本・病理検体を特別に貸し出しています。
	+ 病理標本・病理検体の取り扱いには十分注意の上、使用後は必ず当院病理診断科までご返却ください。

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

説明年月日：　平成 　年　　月　　日

説明者　所属：

　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊自著で署名してください

同意年月日：　平成　　 年　　月　　日

　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊自著で署名してください

**貸し出された病理標本(スライド標本・パラフィンブロック)の取扱いについての注意喚起**

病理診断に用いられた**病理標本**は、保険医療機関及び保険医療担当規則(昭和32年4月10日)に規定される「診療に関する諸記録」と見なされますので、**一定期間、病院で保管の義務を有します**。すなわちカルテや画像情報と同様に扱うべきものです。特に、パラフィンブロックは採取ないし摘出された組織そのものであり、**再生産できず、すべてが原本**です。

病院に管理義務があり、患者さんやご家族の要請があっても返却の義務は負いませんが、正当な理由の記された依頼書によって特別に貸出しています。従って、輸送時には紛失を防ぐため、書留などの追跡可能な手段をとってください。使用後は必ず返却をお願い致します。

なお、貸出し期間は原則2週間です。