

## 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：

3) 患者について

氏名：

当院 ID：

受診科：

4) 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

5) 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)

6) 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。