

病理解剖の利用方法について

連絡先：神奈川県立こども医療センター 地域医療連携室 045-711-2351 内線 3160

受入までの流れ：

- ① 地域医療連携室に連絡
- ② 当センター病理診断科で受入可否の確認
- ③ 折返し依頼元へ連絡
- ④ 詳しい状況が当センターの医師ではわからない場合、依頼元の医師から病理診断科医師にご連絡していただくことがあります。
- ⑤ 当センターで受入日時の決定
- ⑥ 地域医療連携室から依頼元に連絡
- ⑦ 医師とご遺体の来院 ⇒ 本館6階 祈りの部屋（霊安室）

受付日時：平日の8時30分から15時00分まで（当日に行えるかはお問合せください。）

お願い：依頼元医師のご来院をお願いします。

状況の確認をしながら進めます。デジタルカメラ等をお持ちください。

搬送方法は、依頼元で対応してください。

お帰りの際も同様に依頼元で対応してください。

所要時間は、状況によりますが概ね2～3時間かかります。

結果については、検査結果ができ次第（3～6ヶ月後）原則、英文にて依頼元担当医へご郵送いたします。

費用：依頼元医療機関へ病理検査費用として、

診療報酬点数により計算したものを依頼元医療機関へご請求いたします。

申請書類：① 登録医療機関申請書（登録されている場合は不要）

② 病理解剖申込書（様式5）

③ 病理解剖依頼書

④ 病理解剖承諾書

⑤ 病理検査の委託に関する覚書

病理解剖の結果報告：

結果報告書は、原則、英文になります。

病理解剖診断報告書ができ次第、依頼元医療機関に郵送します。

ご家族への結果説明は、依頼元担当医からお願いします。

問い合わせ先

神奈川県立こども医療センター

地域医療連携室

TEL 045-711-2351 内線 3160・3126

登録医療機関申請書

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター総長 殿

地方独立行政法人神奈川県立病院機構神奈川県立こども医療センター地域医療支援事業運営
規程第4条第1項 に規定される登録医療機関の申請をします。

医療機関名	
開設者名	
診療科名	
住 所	
電話番号	
FAX 番号	
E-mail	

連携先の病院として、申請頂いた内容を当センターのホームページなどに公表しております。公表を望まない場合、チェックをお願い致します。

病理解剖申込書

地方独立行政法人神奈川県立病院機構

神奈川県立こども医療センター総長 様

申請者 住 所

医療機関名

医 師 名

印

電話番号

下記の患者の病理解剖について申し込みます。

記

患者氏名		生年月日	
住 所			
保護者氏名		電話番号	

病理解剖承諾書

氏名

生年月日

年 月 日生

主治医	性別	病名	死亡日時
-----	----	----	------

年 月 日 時 分

死亡者の住所

死亡場所

県立こども医療センター

右遺体の病理解剖および貴施設での臓器保存を承諾しました。

年 月 日

住所

続柄

氏名

神奈川県立こども医療センター所長 殿

遺族連絡先

〒

電話

病理解剖依頼書 (病理解剖前に病理解剖者におわたし下さい)

◎ 病理解剖後、二、三日以内に詳細な臨床経過をカルテ二号用紙に記入ご提出下さい。

ふりがな 患者氏名		病歴番号					
♂	♀	年令	才	ヶ月	(生年月日)		
新生児 (28日迄)		在胎	週	日	生後	日	時
出生時体重		g					
死亡日時		年	月	日	時	分	病理解剖
月		日					
時		時					
解剖承諾部位 (一部不許可の場合又は特殊部位の解剖の際はその旨記入して下さい)							
家族暦・既往暦 (特に問題となるところ)							
臨床診断 (入院時・経過中・術前・術後・生検・病理解剖前……どれに該当するか明記)							
臨床経過期間:		年	ヶ月	日	手術経過期間:		年
月		日					
治療等 (該当事項に○印)		手術・放射線・制癌剤・ACTH・皮質ホルモン・ホルモン					
		抗生物質・輸血・生検番号 ()					
臨床問題点 (特に病理解剖で精査を希望する事項を箇条書きに)							
臨床経過 と諸検査							
病理解剖依頼者 (担当医) 及病理解剖見学希望者氏名							

病理検査の委託に関する覚書

地方独立行政法人神奈川県立病院機構神奈川県立こども医療センター総長（以下「甲」という。） _____ と（以下「乙」という。）とは、病理検査に係る費用に関して次のとおり覚書を締結する。

（委託）

第1条 甲は、乙から検体の病理検査（以下「本検査」という。）を受託し、甲はこれを適切に行う。

（履行期間）

第2条 本検査の履行期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとする。

（費用の算定及び支払）

第3条 本検査にかかる費用は、「地方独立行政法人神奈川県立病院機構の料金に関する規程」に基づき算定する。

2 甲は、前項により算定した費用を乙に請求し、乙は、甲からの請求書を受理してから30日以内に甲の指定する方法により支払うものとする。

（情報提供及び管理）

第4条 甲及び乙は、本検査により知り得た個人に係る情報を、第2条に定める履行期間に関わらず、第三者に漏らしてはならない。

（協議等の決定）

第5条 この覚書に定めない事項及びこの覚書に疑義が生じたときは、甲と乙とが協議して定めるものとする。

この覚書の締結を証するため本書を2通作成し、甲乙両者記名押印の上、各自その1通を保有するものとする。

令和 年 月 日

甲 所在地
名 称

乙 所在地
名 称