

東京都健康長寿医療センター高齢者ブレインバンク
剖検症例神経病理診断業務受託契約書

東京都健康長寿医療センター高齢者ブレインバンク（以下高齢者ブレインバンク）は、神経病理学的診断能力の社会還元として、外部施設よりの剖検病理材料の神経病理診断を引き受けます。

神経病理診断内容は、依頼医師に送られます。診断に関して当施設で作成した標本（ガラススライド）は、高齢者ブレインバンクで保存・管理を行います。当施設保存標本の参照は、依頼医師により随時可能です。

高齢者ブレインバンクでは、ブレインバンク研究費を用い、無償で神経病理学的診断サービスを行います。従って、診断標本は、センター内で閲覧可の状態として医学教育に用いること、同一疾患の多数例の検討に基づく、疫学病理学的研究に使用することを、最低限の前提とします。

依頼検体の個体としての研究使用は、患者ご遺族（喪主に相当する方、あるいは剖検同意承諾書に署名された方）の同意があることを、前提とします。

以上より、臨床担当医の要望、剖検診断医の要望ないしは許諾のみの場合は、上記最低限条件を元とした、業務受託として、診断援助を行います。

ただ、出来る限りご遺族同意をおとりいただき、症例として個別の研究使用を行えるかたちにしていただくよう、お願いします。

この事業の目的は、神経病理診断を正確に行うことで、病因を解明し治療につなげて欲しいという、患者、医師、研究者の草の根の要望を幅広く受け入れ、公共の福祉に貢献することです。

東京都健康長寿医療センター理事長
鳥羽研二

高齢者ブレインバンク 剖検病理診断業務受託依頼書
(剖検診断医分)

高齢者ブレインバンク責任者
齊藤祐子
東京都健康長寿医療センター理事長
鳥羽研二殿

□私は、上記、高齢者ブレインバンク剖検病理診断業務受託契約に基づき、

患者 _____ 殿の、

剖検神経病理診断を、高齢者ブレインバンクに依頼します。

病理診断責任医師 署名
日付
所属

高齢者ブレインバンク剖検病理診断業務受託依頼書
(臨床主治医分)

高齢者ブレインバンク責任者
齊藤祐子
東京都健康長寿医療センター理事長
鳥羽研二殿

□上記、高齢者ブレインバンク剖検病理診断業務受託契約に基づき、

患者 _____ 殿の、

剖検神経（筋）組織の、神経病理診断を、剖検診断医の承認を前提に、高齢者ブレインバンクに依頼します。

臨床主治医	署名
	日付
	所属

ご遺族研究同意撤回通知書

高齢者ブレインバンク責任者
齊藤祐子
東京都健康長寿医療センター理事長
鳥羽研二殿

患者（名前： ）の剖検標本に関する研究同意を、私（ご遺族、本人との関係： ）のこの文書通知により撤回します。

研究同意撤回後も、病理標本（スライド）は、高齢者ブレインバンクの資料として保存されることについては、高齢者ブレインバンクへの研究使用同意時の了解事項であることを、確認します。

日付：

住所：

〒

ご遺族署名：

（剖検患者本人との関係）：

送付先：

〒173-0015

東京都板橋区栄町3-5-2 東京都健康長寿医療センター

理事長

鳥羽研二

注：

1. 剖検承諾書のコピーを添付下さるようお願いいたします。
2. ご遺族研究同意撤回通知書は、ご遺族同意取得時に、同意されたご遺族にお渡し願います。