別紙様式２（学外用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 基礎医学画像センター長 | 基礎医学画像センター | 受付年月日  番　　号 |
|  |  |  |
| 死後画像検査申込書  大分大学医学部基礎医学画像センター長　殿  依頼者　氏名  所属  電話  E-mail  下記のとおり死後画像検査を申込みます。  記  １　死亡者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　男・女　(必要な場合のみ記入)  ２　生年月日　　　　　　年　　　月　　　日　　　歳　　　　　　　　(必要な場合のみ記入)  ３　撮影目的  　（１）死因究明  ①警察（　県費　・　国費　）□  ②医療機関　　　　　　　　　□  ③その他（　　　　　　　　）□  　　　　　（２）その他（具体的に）    ４　撮影部位　　　全身　　　特定部位（具体的に）    ５　読影結果　　　要　　・　　不要 | | | |

|  |
| --- |
| ６　検査の理由又は臨床経過，死亡前後の状況等 |