

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