



サンマテオ郡検視局  
ロバート・J・フーコー検視官  
225 37<sup>th</sup> Avenue, 3<sup>rd</sup> Floor, Suite A31, San Mateo, CA 94403  
電話：(650) 312-5562 FAX：(650) 571-6258

## 私的解剖依頼書

### 故人情報

故人の氏名： \_\_\_\_\_

死亡年月日： \_\_\_\_\_ 死亡場所： \_\_\_\_\_

依頼者 (すべての法的近親者、または医療に関する持続的代理権を有する者に限る)

氏名： \_\_\_\_\_

故人との関係： \_\_\_\_\_  法的書類を提出済み

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ 予備の電話番号： \_\_\_\_\_

### 確認事項：

私は、上記故人のご遺体の取り扱いについて指示する法的権限を有する者です。イニシャル \_\_\_\_\_

私は、解剖を担当する法医学病理医が組織、臓器、および/またはその他の検体を採取し、サンマテオ郡検視官が適切と判断する診断、治療、その他の科学的目的のために、これらを保存および/または提供することに同意します。イニシャル \_\_\_\_\_

私は、カリフォルニア州民法第 56.10 条 (b) (8) に基づき、検視官および解剖を担当する法医学病理医が、上記故人に関する医療情報を受け取ることに同意します。イニシャル \_\_\_\_\_

私は、解剖の基本料金が\$3,675 であり、調査または解剖を開始する前に全額支払う必要があることを理解しています。イニシャル \_\_\_\_\_

私は、死因を特定するために検視官が必要と判断したすべての検査にかかる費用（基本料金とは別に発生）の支払いを、私が負担する責任があることを理解しています。イニシャル \_\_\_\_\_

上記の確認事項は、カリフォルニア州政府規範第 27520 条およびカリフォルニア州サンマテオ郡監督委員会条例第 03587 号で定められた料金に基づいています。

署名： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_

証人： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_



サンマテオ郡検視局  
ロバート・J・フーコー検視官  
225 37<sup>th</sup> Avenue, 3<sup>rd</sup> Floor, Suite A31, San Mateo, CA 94403  
電話：(650) 312-5562 FAX：(650) 571-6258

## 基本情報

故人の氏名：	
死亡年月日：	生年月日：
死亡時に当局へ報告しましたか？ <input type="checkbox"/> はい / <input type="checkbox"/> いいえ      検視案件番号：	

## 医師情報

### かかりつけ医

氏名：			
住所：	市：	州：	郵便番号：
電話番号：	(自宅)	(勤務先)	(携帯)

### 専門医/その他：

氏名：			
住所：	市：	州：	郵便番号：
電話番号：	(自宅)	(勤務先)	(携帯)

### 専門医/その他：

氏名：			
住所：	市：	州：	郵便番号：
電話番号：	(自宅)	(勤務先)	(携帯)

### 入院先/医療機関

病院：	診療記録番号：
病院：	診療記録番号：
病院：	診療記録番号：