



サンマテオ郡検視局  
ロバート・J・フーコー検視官  
50 Tower Road, San Mateo, CA 94402  
電話番号 (650) 312-5562  
ファックス： (650) 571-6258

## 私的死体解剖の要請

### 故人の情報

故人の氏名： \_\_\_\_\_

死亡日： \_\_\_\_\_ 死亡場所： \_\_\_\_\_

### 要請者

氏名： \_\_\_\_\_

故人との関係： \_\_\_\_\_  法的書類の提供

住所： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_ 代替： \_\_\_\_\_

### 許可：

私は、上記の故人の遺体の処分を指示する法律上の権限を有する者です。

イニシャル \_\_\_\_\_

私は、診察する病理医が組織、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考える診断、治療またはその他の科学的目的のために、それらを保存および/または提供することを承認します。イニシャル \_\_\_\_\_

私は、カリフォルニア州民法第56条第10項(b)(8)に基づき、検視官および審査する病理医が上記死亡者の医療情報を受け取ることを承認します。イニシャル \_\_\_\_\_

私は、死体解剖費用が3675ドルであることを理解し、調査または死体解剖の開始前に費用を支払うものとします。私は、死因を特定するために検視官が要求するあらゆる検査の費用を負担する責任があることを理解しています。イニシャル \_\_\_\_\_

この許可は、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号に規定される料金に基づくものです。

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  
50 Tower Road, San Mateo, CA 94402  
電話番号: (650) 312-5562  
ファックス: (650) 571-6258

## 私的死体解剖の要請

### 一般的な情報：

故人の氏名：	
死亡日：	生年月日：
死亡時にこの事務所に報告されましたか？はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 事例番号：	

### 医師の情報

プライマリ・ケア医

氏名：			
住所：	市：	州：	郵便番号：
電話： (自宅)	(職場)	(携帯電話)	

スペシャリスト/その他：

氏名：			
住所：	市：	州：	郵便番号：
電話： (自宅)	(職場)	(携帯電話)	

スペシャリスト/その他：

氏名：			
住所：	市：	州：	郵便番号：
電話： (自宅)	(職場)	(携帯電話)	

### 入院/医療施設

病院：	医療記録番号：
病院：	医療記録番号：
病院：	医療記録番号：

