

## ご遺体衛生保全（エンバーミング）についてのご案内

様

エンバーミング処置のご依頼を受託するにあたり、下記の内容についてご説明させていただきますのでご確認をお願い申し上げます。

### 1. 目的

エンバーミングはご遺族が故人とのより良いお別れをするために行われる処置です。

### 2. 処置の内容

- 1) 全身の洗浄とお顔の整え、漏れ箇所又は損傷のある場合は修復処置
- 2) 小切開を2箇所以上施し、薬液の注入とそれに伴う血液・排泄物の排出
- 3) 切開箇所の縫合と修復
- 4) 全身の洗浄
- 5) お化粧と衣服の着装

### 3. エンバーミングの利点

#### 1) ご遺体の状態を維持します（保存）

※現在の状態を維持する事が目的となり、腐敗したご遺体を以前のようにすることはできません。

※一部の細菌に冒されている場合は、状態が進行する場合があります。

#### 2) 病原菌が死滅します（公衆衛生）

※クロイツフェルトヤコブ病又は当方で指定する感染症はエンバーミングをお断り申し上げます。

※一部の病原は死滅しない場合も有ります。

#### 3) 状態を良くすることが出来ます。（復元）

※状態によっては復元をお断りする場合がございます。

### 4. 留意事項

1) 死亡後の時間経過あるいは故人様の病状によっては、処置後に「変色」や「むくみ」が残ったり、現れる場合があります。

2) 損傷の修復をする場合、状態によっては修復に限度があり、場合によってはお断りする場合があります。

3) 処置にあたり、下記のご用意をお願い申し上げます。

- ①承諾書（右側に記載）
- ②死亡診断書（死体検案書）の写し
- ③故人様のスナップ写真2～3枚
- ④着衣
- ⑤リクエストカード

### 5. 自主基準

エンバーミングは、I F S A（一般社団法人日本遺体衛生保全協会）の自主基準に諮り適正に行われます。

1) I F S A 認定の施設で認定技術者によって実施します。

2) 2親等以内の方の署名による依頼に基づいて実施します。

また、処置開始前に2親等以内の方が反対を明示した場合は処置を中断いたします。但し、処置開始後は中断いたしません。

3) 海外搬送を除き、50日を超えてのご遺体の保存はできません。

## エンバーミングサービス依頼書

株式会社花友埼玉エンバーミングセンター 宛

	申込日	西暦		年	月	日		年	月	日
搬入予定	西暦									
お迎え予定										

下記の事項を承諾し、エンバーミングを依頼します。

- 1、 全身洗浄とお顔の整えを行うこと
- 2、 切開を施して薬液を注入し、血液と排泄物の排出と処分、終了後の修復をすること
- 3、 病状等により、希望の処置が不可能の場合、施術者の判断で中止する事もあること
- 4、 ご遺体の保存が50日を超えてはならないこと
- 5、 処置中の立会はできないこと
- 6、 状態(黄疸又はガス壊疽、緑膿菌などに感染)によっては「むくみ」や「変色」が現れる場合があること

**[情報]**

フリガナ					国籍	1. 日本 2.			
姓名	様				性別	1. 男性 2. 女性			
					宗教	1. 佛教 2.			
生年月日	年	月	日		年齢	歳	体重 約 kg		
死亡日時	西暦						<input type="checkbox"/> 頃推定		
安置場所	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 葬儀場 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )								
式の日取	通夜		月	日	葬儀		月	日	式場

**[ご依頼人署名欄]**

フリガナ			ご関係	
ご署名		印		
ご住所				

**[お取次ぎ会社様確認欄]**

左記の事項を依頼人に読み聞かせて確認したところ、承諾を得られ、当方も承諾しましたのでエンバーミングの処置を依頼します。

貴社 ゴム印	代表印				担当者 署名印			印
お電話	電話	( )	-		担当者携帯	( )	-	
	FAX	( )	-			( )	-	

※エンバーミング依頼書・リクエストカード・死亡診断書は事前にFAXを下さい。  
 原本はご遺体と一緒にセンターにご持参下さい。

**FAX番号 0493-74-5423代 花友本社まで**

故人様のお名前		男・女 ( 歳)	宗教・宗派
---------	--	-------------	-------

依頼内容 エンバーミング処置日 年 月 日

お顔の整え	お顔をふくよかにしますか？	<input type="checkbox"/> はい ( <input type="checkbox"/> 自然に <input type="checkbox"/> 写真のように ) <input type="checkbox"/> いいえ
	目・口を閉じますか？ ※1	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	ひげを剃りますか？ (うぶ毛を含む) ※剃らない箇所がある場合、その他欄に詳細をお願いいたします。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	入れ歯はありますか？ ※2	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	その他ご希望	

※1 出歯の方や口の状態によっては軽く口を開けた自然な状態をおすすめする場合があります。

※2 入れ歯が長期未使用で合わない場合、綿花等で自然に整える事があります。その際、入れ歯は返却いたします。

お化粧	お化粧の濃さはどの程度にしますか？※3	<input type="checkbox"/> 保湿のみ <input type="checkbox"/> おまかせ <input type="checkbox"/> 濃く
	お顔の変色 (黄疽・傷跡等) を隠しますか？※4	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	しみやそばかすを隠しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	その他ご希望	

※3 「おまかせ」の際は、自然な感じになるようお化粧いたします。お写真がある際は、お写真を参考にいたします。

※4 「はい」の際は、ファンデーションなどにより、お化粧が濃くなります。

髪型	髪型はどうされますか？	<input type="checkbox"/> 現状のように <input type="checkbox"/> 写真のように <input type="checkbox"/> その他
	その他ご希望	

衣装	現在着ている衣類等を処分してよろしいですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 返却ください( )
	お別れの衣装は？	<input type="checkbox"/> 経帷子(旅支度 有・無) <input type="checkbox"/> 神式白丁 <input type="checkbox"/> ご遺族準備品
	衣服内容、着せる順番や着せ方のご要望などをお書きください。(例：着物は右前に着せてほしい。スカーフの巻き方等)	

棺	エンバーミングセンターで納棺しますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	副葬品はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( )
	棺の種類は？	

他確認事項	死因は？	<input type="checkbox"/> 自然死 <input type="checkbox"/> その他( )
	解剖されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	感染症はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( ) <input type="checkbox"/> 未確認
	ご安置場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )
	通夜・告別式場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 斎場( ) <input type="checkbox"/> 式場( )
	通夜日	月 日
	告別式日	月 日

お預かり品について

お預かり品の有無	有 無(有の場合、下欄ご捺印下さい)
お預かり品の内容	お写真( 枚)

その他伝達事項

お預かり品確認印	
葬儀社担当者様	返却確認印