脳死判定　的確実施証明書

脳死の判定を受けた者

（フリガナ）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（　　年　　月　　日生（男 ・ 女）　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

脳死判定の終了日時

第１回目 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　＿＿＿＿時＿＿＿＿分

第２回目 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　＿＿＿＿時＿＿＿＿分

判定が行われた医療機関（臓器提供施設）

名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以下の全てに該当することを確認した上で、脳死の判定を実施しました。

- 脳の器質的な障害により深昏睡及び自発呼吸を消失した状態と認められる者
- 器質的脳障害の原因となる疾患が確実に診断されている者（CT、MRI 等の画像診断は必須）
- 原疾患に対して行い得るすべての適切な治療を行った場合であっても回復の可能性がないと認められる者

脳死の判定を受けた者は以下のいずれの者にも該当しません。

- 生後 12 週（在胎週数が 40 週未満の場合は出産予定日から起算して 12 週）未満の者
- 急性薬物中毒により深昏睡及び自発呼吸を消失した状態にあると認められる者
- 深部体温が摂氏 32 度未満（６歳未満の者にあっては、摂氏 35 度未満）の状態にある者
- 代謝性障害又は内分泌性障害により深昏睡及び自発呼吸を消失した状態にあると認められる者

脳死の判定に当たっては、以下の状態を確認し、少なくとも６時間（６歳未満の者は 24 時間）を経過した後に再度、以下の状態を確認しました。

① 深昏睡
② 瞳孔が固定し、瞳孔径が左右とも４ミリメートル以上であること
③ 脳幹反射（対光反射、角膜反射、毛様脊髄反射、眼球頭反射、前庭反射、咽頭反射及び咳反射）の消失
④ 平坦脳波
⑤ 自発呼吸の消失
⑥ 眼球損傷、鼓膜損傷、高位脊髄損傷その他これらに類する状態により②又は③に掲げる状態の確認ができない場合にあっては、脳血流の消失

脳死の判定に当たっては、以下を確認しました。

・中枢神経抑制薬、筋弛緩薬その他の薬物が判定に影響していないこと
・自発運動、除脳硬直、除皮質硬直、けいれんが認められないこと

・血圧（単位 mmHg）が次の数値以上あること

□ 収縮期血圧

1 歳未満 65 mmHg 以上、1 歳以上 13 歳未満（年齢×2）+ 65 mmHg 以上、13 歳以上 90 mmHg 以上

□ 平均動脈圧

1 歳未満 40 mmHg 以上、1 歳以上 13 歳未満（年齢×1.5）+ 40 mmHg 以上、13 歳以上 60 mmHg 以上

脳死判定医（自筆署名または記名押印）

第１回目

（１人目）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属医療機関名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（２人目）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属医療機関名称 □：同上 □：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関所在地 □：同上 □：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（３人目） ※必要時のみ記入

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属医療機関名称 □：同上 □：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関所在地 □：同上 □：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

第２回目

（１人目）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属医療機関名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（２人目）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属医療機関名称 □：同上 □：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関所在地 □：同上 □：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（３人目） ※必要時のみ記入

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属医療機関名称 □：同上 □：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関所在地 □：同上 □：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

脳 死 判 定 記 録 書

脳死の判定を受けた者

（フリガナ）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（　　年　　月　　日生（男 ・ 女）　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

脳死判定を承諾した家族

氏名（続柄） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

脳死判定を受けた者及び家族の意思

（ア～ウのいずれか）

□ア　本人の意思表示ありの場合

（本人が脳死下での臓器提供をする意思を書面で表示し、かつ法的脳死判定に従わないとの意思表示をしていない）

→　家族が脳死判定を拒まない（承諾している）又は家族がない

□拒まない（承諾している）

□家族がない

□拒んでいる　　→法的脳死判定の対象外

□イ　本人意思が不明の場合

（本人の脳死下で臓器提供をする意思が不明で、かつ法的脳死判定に従わないとの意思表示をしていない）

→　家族が脳死判定を行うことを書面により承諾している

□承諾している

□承諾していない　　→法的脳死判定の対象外

□ウ　アまたはイに該当しない　　→法的脳死判定の対象外

脳死判定を受けた者が親族に対し臓器を優先的に提供する意思

□書面により表示している　　□書面により表示していない

疾患名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

法的脳死判定の前に確認すべき事項

前提条件 全て該当すること	器質的脳障害により深昏睡及び自発呼吸を消失している	□はい　□いいえ
	器質的脳障害の原疾患が確実に診断されている	□はい　□いいえ
	器質的脳障害の原疾患に対して行い得るすべての適切な治療を行った場合であっても回復の可能性がないと判断される	□はい　□いいえ
除外例 全て該当しないこと	急性薬物中毒	□あり　□なし
	深部体温が 32 ℃未満　＿＿＿＿℃ （測定部位：□膀胱　□直腸　□食道　□その他（　　）） ※6 歳未満は 35 ℃未満	□あり　□なし
	代謝性障害・内分泌性障害	□あり　□なし
	生後 12 週未満 ※在胎週数が 40 週未満であった場合は、出産予定日から起算して 12 週未満	□あり　□なし
	虐待として児童相談所等に通告、もしくは当該時点で児童相談所等が虐待として介入している ＊通告後に虐待が否定された場合は臓器提供可能	□あり　□なし □18歳以上で該当しない
	18 歳未満は下記をチェックする □　虐待防止委員会の開催や情報共有を実施した □　倫理委員会等の開催を行った	
	【備考欄】	
薬剤等の影響 影響がないこと	中枢神経抑制薬、筋弛緩薬等による脳死判定への影響	□あり　□なし
	【備考欄】	

第１回法的脳死判定　　検査開始日時：＿＿＿月＿＿＿日＿＿＿時＿＿＿分

開始時体温　（＿＿＿＿＿℃　測定部位：　□膀胱　□直腸　□咽頭　□その他（　　））

※6 歳以上は 32 ℃以上、6 歳未満は 35 ℃以上であること

開始時血圧　血圧（＿＿＿＿/＿＿＿＿mmHg）

・収縮期血圧

1 歳未満 65 mmHg 以上、1 歳以上 13 歳未満（年齢×2）+ 65 mmHg 以上、13 歳以上 90 mmHg 以上

・平均動脈圧

1 歳未満 40 mmHg 以上、1 歳以上 13 歳未満（年齢×1.5）+ 40 mmHg 以上、13 歳以上 60 mmHg 以上

開始時心拍数　（＿＿＿＿＿）回/分

下記の姿勢・運動が認められない

※ただし脳死下でも見られる運動は除く

自発運動　　□認められない
除脳硬直　　□認められない
除皮質硬直　□認められない
けいれん　　□認められない
ミオクローヌス　□認められない

深昏睡、瞳孔散大・固定の確認

深昏睡	□ JCS 300 かつ GCS 3 であることを確認した		
瞳孔径 左右とも 4 mm 以上	右（　　）mm	左（　　）mm	□判定不能 □右　□左　□両側
瞳孔固定	右 □固定を確認した	左 □固定を確認した	□判定不能 □右　□左　□両側

脳幹反射の確認

対光反射	右 □消失を確認した	左 □消失を確認した	□判定不能 □右　□左　□両側
角膜反射	右 □消失を確認した	左 □消失を確認した	□判定不能 □右　□左　□両側
毛様脊髄反射	右 □消失を確認した	左 □消失を確認した	□判定不能 □右　□左　□両側
眼球頭反射	□消失を確認した		□判定不能 □右　□左　□両側
前庭反射	右 □消失を確認した	左 □消失を確認した	□判定不能 □右　□左　□両側
咽頭反射	右 □消失を確認した	左 □消失を確認した	□判定不能 □右　□左　□両側
咳反射	□消失を確認した		

脳血流検査の実施　□　あり（　□ CT 血管造影　□ SPECT　□ DSA　）　□　なし

→□　消失していた　□　消失していなかった

聴性脳幹反応(ABR: auditory brainstem response)の実施　□あり　□なし

→□　脳幹成分以降の波形が消失していた　□　消失していなかった

【備考欄（検査名および結果の詳細等を記載)】

高感度脳波

記録時刻　　時　　分　～　　時　　分

実際に判読可能な正味時間（高感度脳波）　　分　□15 分以上の記録である

※雑音などが入った時間を除き、判定可能な平坦脳波が 15 分以上記録されていれば良い。

脳波所見　□ 平坦脳波（ECI）　□ 平坦脳波とは判断できず

無呼吸テスト

１）無呼吸テスト開始前の前提条件

□ 血圧が基準範囲内である
□ 体温は深部温で 35 ℃以上であることが望ましい
□ 100 %酸素(FIO_2 1.0)で 10 分間程度の人工呼吸を行う
□ 動脈血二酸化炭素分圧($PaCO_2$)が 35～45 mmHg である

２）無呼吸テスト時の人工呼吸器等の設定　※下記のいずれかにチェックをする

□ 強制換気を解除できる人工呼吸器の CPAP モード
□ PEEP バルブのある流量膨張式バッグ
□ 気管内チューブ内に留置した気管内吸引用カテーテルからの酸素投与（6L/min)
□ 気管内チューブに T ピースを接続し酸素投与（6L/min)

３）ECMO の有無　　□あり（ □ VA-ECMO　□ VV-ECMO　□ その他 ）　　□なし

【備考欄】

４）無呼吸テスト(動脈血の血液ガス分析結果と時間経過)

	時刻	PaCO2	PaO2	血圧
テスト開始直前検査※1	時　分			/
テスト開始※2	時　分			
テスト終了判断検査※1	時　分			/
人工呼吸器装着	時　分			
無呼吸テスト終了※3	時　分			

※１　PaCO2 の値を確認した時刻を記す
※２　人工呼吸器による換気を中止した時刻を表す
※３　$PaCO_2$ が 60 mmHg 以上になっても呼吸刺激が誘発されないこと（無呼吸）を確認する

【第１回法的脳死判定　終了時 確認事項】

終了時体温　（＿＿＿＿℃　測定部位：　□膀胱　□直腸　□咽頭　□その他（　　））
※6 歳以上は 32 ℃以上、6 歳未満は 35 ℃以上であること

終了時血圧　血圧（＿＿＿＿/＿＿＿＿mmHg）
□収縮期血圧
1 歳未満 65 mmHg 以上、1 歳以上 13 歳未満 (年齢×2) + 65 mmHg 以上、13 歳以上 90 mmHg 以上
□平均動脈圧
1 歳未満 40 mmHg 以上、1 歳以上 13 歳未満 (年齢×1.5) + 40 mmHg 以上、13 歳以上 60 mmHg 以上

終了時心拍数　（＿＿＿＿）回/分

５）無呼吸テストの結果
□ 無呼吸を確認した（無呼吸テスト陽性）
□ 無呼吸テストを中止した
無呼吸テスト中止の理由　□　自発呼吸が確認された
□　酸素化低下・血圧低下・不整脈等によりテストの継続が困難

【備考欄】

判定日時　※第１回法的脳死判定が終了した時刻を記載する。無呼吸テスト終了時刻と必ずしも一致しなくともよい。

＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　＿＿＿＿時＿＿＿＿分

第２回法的脳死判定　　検査開始日時：＿＿＿月＿＿＿日＿＿＿時＿＿＿分

※第１回法的脳死判定が終了してから６歳以上では６時間以上、６歳未満では 24 時間以上を経過している事

開始時体温　（＿＿＿＿＿℃　測定部位：　□膀胱　□直腸　□咽頭　□その他（　　））

※6 歳以上は 32 ℃以上、6 歳未満は 35 ℃以上であること

開始時血圧　血圧（＿＿＿＿/＿＿＿＿mmHg）

・収縮期血圧

1 歳未満 65 mmHg 以上、1 歳以上 13 歳未満（年齢×2）+ 65 mmHg 以上、13 歳以上 90 mmHg 以上

・平均動脈圧

1 歳未満 40 mmHg 以上、1 歳以上 13 歳未満（年齢×1.5）+ 40 mmHg 以上、13 歳以上 60 mmHg 以上

開始時心拍数　（＿＿＿＿＿）回/分

下記の姿勢・運動が認められない

※ただし脳死下でも見られる運動は除く

自発運動　　□認められない
除脳硬直　　□認められない
除皮質硬直　□認められない
けいれん　　□認められない
ミオクローヌス　□認められない

深昏睡、瞳孔散大・固定の確認

深昏睡	□ JCS 300 かつ GCS 3 であることを確認した		
瞳孔径 左右とも 4 mm 以上	右（　　）mm	左（　　）mm	□判定不能 □右　□左　□両側
瞳孔固定	右 □固定を確認した	左 □固定を確認した	□判定不能 □右　□左　□両側

脳幹反射の確認

対光反射	右 □消失を確認した	左 □消失を確認した	□判定不能 □右　□左　□両側
角膜反射	右 □消失を確認した	左 □消失を確認した	□判定不能 □右　□左　□両側
毛様脊髄反射	右 □消失を確認した	左 □消失を確認した	□判定不能 □右　□左　□両側
眼球頭反射	□消失を確認した		□判定不能 □右　□左　□両側
前庭反射	右 □消失を確認した	左 □消失を確認した	□判定不能 □右　□左　□両側
咽頭反射	右 □消失を確認した	左 □消失を確認した	□判定不能 □右　□左　□両側
咳反射	□消失を確認した		

脳血流検査の実施　□あり（ □ CT 血管造影 □ SPECT □ DSA ）　□なし

→□ 消失していた　□ 消失していなかった

聴性脳幹反応(ABR: auditory brainstem response)の実施　□あり　□なし

→□ 脳幹成分以降の波形が消失していた　□ 消失していなかった

【備考欄（検査名および結果等を記載)】

高感度脳波

記録時刻　　時　　分 ～　　時　　分

実際に判読可能な正味時間（高感度脳波）　　分　□15 分以上の記録である

※雑音などが入った時間を除き、判定可能な平坦脳波が 15 分以上記録されていれば良い。

脳波所見 □ 平坦脳波（ECI） □ 平坦脳波とは判断できず

無呼吸テスト

１）無呼吸テスト開始前の前提条件

□ 血圧が基準範囲内である
□ 体温は深部温で 35 ℃以上であることが望ましい
□ 100 %酸素(FIO_2 1.0)で 10 分間程度の人工呼吸を行う
□ 動脈血二酸化炭素分圧($PaCO_2$)が 35～45 mmHg である

２）無呼吸テスト時の人工呼吸器等の設定　※下記のいずれかにチェックをする

□ 強制換気を解除できる人工呼吸器の CPAP モード
□ PEEP バルブのある流量膨張式バッグ
□ 気管内チューブ内に留置した気管内吸引用カテーテルからの酸素投与（6L/min)
□ 気管内チューブに T ピースを接続し酸素投与（6L/min)

３）ECMO の有無　　□あり（ □ VA-ECMO　□ VV-ECMO　□ その他　）　　□なし

【備考欄】

４）無呼吸テスト(動脈血の血液ガス分析結果と時間経過)

	時刻	PaCO2	PaO2	血圧
テスト開始直前検査※1	時　　分			/
テスト開始※2	時　　分			
テスト終了判断検査※1	時　　分			/
人工呼吸器装着	時　　分			
無呼吸テスト終了※3	時　　分			

※１　PaCO2 の値を確認した時刻を記す
※２　人工呼吸器による換気を中止した時刻を表す
※３　$PaCO_2$ が 60 mmHg 以上になっても呼吸刺激が誘発されないこと（無呼吸）を確認する

【第２回法的脳死判定　終了時 確認事項】

終了時体温　（＿＿＿＿℃　測定部位：　□膀胱　□直腸　□咽頭　□その他（　　））
※6 歳以上は 32 ℃以上、6 歳未満は 35 ℃以上であること

終了時血圧　血圧（＿＿＿＿/＿＿＿＿mmHg）
□収縮期血圧
1 歳未満 65 mmHg 以上、1 歳以上 13 歳未満 (年齢×2) + 65 mmHg 以上、13 歳以上 90 mmHg 以上
□平均動脈圧
1 歳未満 40 mmHg 以上、1 歳以上 13 歳未満 (年齢×1.5) + 40 mmHg 以上、13 歳以上 60 mmHg 以上

終了時心拍数　（＿＿＿＿）回/分

５）無呼吸テストの結果
□ 無呼吸を確認した（無呼吸テスト陽性）
□ 無呼吸テストを中止した
無呼吸テスト中止の理由　□　自発呼吸が確認された
□　酸素化低下・血圧低下・不整脈等によりテストの継続が困難

【備考欄】

法的脳死判定結果　□法的に脳死と判定される　□脳死と判定されない

判定日時　※第２回法的脳死判定が終了し、死亡判定した時刻を記載する。無呼吸テスト終了時刻と必ずしも一致しなくともよい。

＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　＿＿＿時＿＿＿分

脳死判定医（自筆署名又は記名押印）

第１回目判定医

（１人目）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　専門医資格＿＿＿＿＿＿＿＿科

所属医療機関名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（２人目）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　専門医資格＿＿＿＿＿＿＿＿科

所属医療機関名称　□：同上　□：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関所在地　□：同上　□：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（３人目）　※必要時のみ記入

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　専門医資格＿＿＿＿＿＿＿＿科

所属医療機関名称　□：同上　□：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関所在地　□：同上　□：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

第２回目判定医

（１人目）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　専門医資格＿＿＿＿＿＿＿＿科

所属医療機関名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（２人目）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　専門医資格＿＿＿＿＿＿＿＿科

所属医療機関名称　□：同上　□：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関所在地　□：同上　□：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（３人目）　※必要時のみ記入

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　専門医資格＿＿＿＿＿＿＿＿科

所属医療機関名称　□：同上　□：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関所在地　□：同上　□：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜添付文書＞

- 家族が脳死判定を拒まない・承諾する旨を表示した書面
  （　□あり　　□なし　）
- 脳死判定を受けた者が生存中に**臓器を提供する意思**を書面により表示していたときは、当該書面の写し
  （　□あり　　□なし　）
- 脳死判定を受けた者が生存中に**脳死判定に従う意思**を書面により表示していたときは、当該書面の写し
  （　□あり　　□なし　）
- 脳死判定を受けた者が生存中に親族に対し臓器を**優先的に提供する意思**を書面により表示していたときは、当該書面の写し
  （　□あり　　□なし　）

脳死判定・臓器摘出　意思確認書

ご本人の書面での意思表示がある場合

脳死の判定及び臓器の摘出を受ける者

（フリガナ）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（　　年　　月　　日生（男 ・ 女）　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者は、臓器を提供する意思を書面により表示しており、かつ脳死の判定に従う意思がないことを表示していないことを確認しました。

＜書面表示の媒体＞（表示していた媒体に☑をつける）

☐ 臓器提供意思表示カード　☐ 健康保険資格確認書　☐ 運転免許証　☐ 個人番号カード

☐ その他（　　）

私は、脳死及び臓器摘出について十分な説明を受け、その内容を理解した上で、上記の者に対し、臓器の移植に関する法律に基づく脳死判定及び死亡後に移植のための臓器摘出が行われることを拒まず、家族の総意として、本人の意思を尊重します。

当該摘出に伴い必要となる附属組織、血管、臓器若しくはその一部、周囲組織並びに移植手術及び検査に必要な脾臓の一部及びリンパ節の摘出についても異存ありません。

臓器の提供に関し、適切なあっせん・移植が行われるよう、臓器あっせん機関に対して患者情報を提供すること及び上記の者の臓器の提供に関し適切なあっせん・移植及び事後の検証に必要な範囲で関係機関の間で必要な個人情報を共有することに関し、同意します。

摘出を拒まない臓器（摘出を拒まない臓器を〇で囲む）

心臓　・　肺（右･左）　・　肝臓　・　腎臓（右･左）　・　膵臓　・　小腸　・　眼球（右･左）

医療機関 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　病院長　殿

臓器あっせん機関　　公益社団法人　日本臓器移植ネットワーク　　理事長　殿

臓器あっせん機関(※) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　の長　殿

眼球あっせん機関(※) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　の長　殿

（※）公益社団法人日本臓器移植ネットワーク以外の臓器あっせん機関においても対応する場合のみ記入。眼球の提供がある場合には眼球あっせん機関についても記入。

＿＿＿＿年　　月　　日

確認代表者　氏名（続柄） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）（自筆署名）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明者　所属機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

コーディネーター氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自筆署名）

脳死判定・臓器摘出　承諾書

ご本人の書面での意思表示が不明の場合

脳死の判定及び臓器の摘出を受ける者

（フリガナ）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（　　年　　月　　日生（男 ・ 女）　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者は、臓器を提供する意思がないことを表明しておらず、かつ脳死の判定に従う意思がないことを表明していません。

私は、脳死及び臓器の摘出について十分な説明を受け、その内容を理解した上で、上記の者の臓器提供に関する意思を慎重に推定した結果、上記の者に対し、臓器の移植に関する法律に基づく脳死判定及び死亡後に移植のための臓器摘出が行われることを承諾します。

当該摘出に伴い必要となる附属組織、血管、臓器若しくはその一部、周囲組織並びに移植手術及び検査に必要な脾臓の一部及びリンパ節の摘出についても承諾します。

臓器の提供に関し、適切なあっせん・移植が行われるよう、臓器あっせん機関に対して患者情報を提供すること及び上記の者の臓器の提供に関し適切なあっせん・移植及び事後の検証に必要な範囲で関係機関の間で必要な個人情報を共有することに関し、同意します。

以上は家族の総意であることに相違ありません。

摘出を承諾する臓器（摘出を承諾する臓器を○で囲む）

心臓 ・ 肺（右･左） ・ 肝臓 ・ 腎臓（右･左） ・ 膵臓 ・ 小腸 ・ 眼球（右･左）

医療機関 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　病院長　殿

臓器あっせん機関　　公益社団法人　日本臓器移植ネットワーク　　理事長　殿

臓器あっせん機関 (※) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　の長　殿

眼球あっせん機関 (※) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　の長　殿

（※）公益社団法人日本臓器移植ネットワーク以外の臓器あっせん機関においても対応する場合のみ記入。眼球の提供がある場合には眼球あっせん機関についても記入。

＿＿＿＿年　＿＿＿月　＿＿＿日

承諾代表者　氏名（続柄） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）（自筆署名）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同席者（続柄） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

説明者　所属機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

コーディネーター氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自筆署名）

脳死判定・臓器摘出　意思確認書

ご本人の書面での
意思表示がある場合

脳死の判定及び臓器の摘出を受ける者

（フリガナ）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（　　年　　月　　日生（男 ・ 女）　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者は、臓器を提供する意思を書面により表示しており、かつ脳死の判定に従う意思がないことを表示していないことを確認しました。

＜書面表示の媒体＞（表示していた媒体に☑をつける）

☐ 臓器提供意思表示カード　☐ 健康保険資格確認書　☐ 運転免許証　☐ 個人番号カード

☐ その他（　　）

私は、脳死及び臓器摘出について十分な説明を受け、その内容を理解した上で、上記の者に対し、臓器の移植に関する法律に基づく脳死判定及び死亡後に移植のための臓器摘出が行われることを拒まず、家族の総意として、本人の意思を尊重します。

当該摘出に伴い必要となる附属組織、血管、臓器若しくはその一部、周囲組織並びに移植手術及び検査に必要な脾臓の一部及びリンパ節の摘出についても異存ありません。

臓器の提供に関し、適切なあっせん・移植が行われるよう、臓器あっせん機関に対して患者情報を提供すること及び上記の者の臓器の提供に関し適切なあっせん・移植及び事後の検証に必要な範囲で関係機関の間で必要な個人情報を共有することに関し、同意します。

摘出を拒まない臓器（摘出を拒まない臓器を〇で囲む）

心臓　・　肺（右･左）　・　肝臓　・　腎臓（右･左）　・　膵臓　・　小腸　・　眼球（右･左）

医療機関 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　病院長　殿

臓器あっせん機関　　公益社団法人　日本臓器移植ネットワーク　　理事長　殿

臓器あっせん機関 (※) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　の長　殿

眼球あっせん機関 (※) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　の長　殿

（※）公益社団法人日本臓器移植ネットワーク以外の臓器あっせん機関においても対応する場合のみ記入。眼球の提供がある場合には眼球あっせん機関についても記入。

＿＿＿＿年　　月　　日

確認代表者　氏名（続柄） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）（自筆署名）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明者　所属機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

コーディネーター氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自筆署名）

脳死判定・臓器摘出　承諾書

ご本人の書面での
意思表示が不明の場合

脳死の判定及び臓器の摘出を受ける者

（フリガナ）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（　　年　　月　　日生（男 ・ 女）　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者は、臓器を提供する意思がないことを表明しておらず、かつ脳死の判定に従う意思がないことを表明していません。

私は、脳死及び臓器の摘出について十分な説明を受け、その内容を理解した上で、上記の者の臓器提供に関する意思を慎重に推定した結果、上記の者に対し、臓器の移植に関する法律に基づく脳死判定及び死亡後に移植のための臓器摘出が行われることを承諾します。

当該摘出に伴い必要となる附属組織、血管、臓器若しくはその一部、周囲組織並びに移植手術及び検査に必要な脾臓の一部及びリンパ節の摘出についても承諾します。

臓器の提供に関し、適切なあっせん・移植が行われるよう、臓器あっせん機関に対して患者情報を提供すること及び上記の者の臓器の提供に関し適切なあっせん・移植及び事後の検証に必要な範囲で関係機関の間で必要な個人情報を共有することに関し、同意します。

以上は家族の総意であることに相違ありません。

摘出を承諾する臓器（摘出を承諾する臓器を〇で囲む）

心臓　・　肺（右･左）　・　肝臓　・　腎臓（右･左）　・　膵臓　・　小腸　・　眼球（右･左）

医療機関 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　病院長　殿

臓器あっせん機関　　公益社団法人　日本臓器移植ネットワーク　　理事長　殿

臓器あっせん機関 (※) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　の長　殿

眼球あっせん機関 (※) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　の長　殿

（※）公益社団法人日本臓器移植ネットワーク以外の臓器あっせん機関においても対応する場合のみ記入。眼球の提供がある場合には眼球あっせん機関についても記入。

＿＿＿＿年　　月　　日

承諾代表者　氏名（続柄） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）（自筆署名）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同席者（続柄） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

説明者　所属機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

コーディネーター氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自筆署名）

臓器摘出　意思確認書

ご本人の書面での意思表示がある場合

臓器の摘出を受ける者

（フリガナ）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（　　年　　月　　日生（男 ・ 女）　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者は、臓器を提供する意思を書面により表示していることを確認しました。

＜書面表示の媒体＞（表示していた媒体に☑をつける）

☐ 臓器提供意思表示カード　☐ 健康保険資格確認書　☐ 運転免許証　☐ 個人番号カード

☐ その他（　　）

私は、臓器の摘出について十分な説明を受け、その内容を理解した上で、上記の者が死亡後、移植のために臓器の摘出を受けることを拒まず、家族の総意として、本人の意思を尊重いたします。

当該摘出に伴い必要となる附属組織、血管、臓器若しくはその一部、周囲組織並びに移植手術及び検査に必要な脾臓の一部及びリンパ節の摘出、心停止前に臓器摘出手術に関連する処置を受けることについても異存ありません。

臓器の提供に関し、適切なあっせん・移植が行われるよう、臓器あっせん機関に対して患者情報を提供すること及び上記の者の臓器の提供に関し適切なあっせん・移植及び事後の検証に必要な範囲で関係機関の間で必要な個人情報を共有することに関し、同意します。

摘出を拒まない臓器（摘出を拒まない臓器を○で囲む）

腎臓（右･左）　・　膵臓　・　眼球（右･左）

医療機関 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　病院長　殿

臓器あっせん機関　　公益社団法人　日本臓器移植ネットワーク　　理事長　殿

臓器あっせん機関 (※) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　の長　殿

眼球あっせん機関 (※) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　の長　殿

（※）公益社団法人日本臓器移植ネットワーク以外の臓器あっせん機関においても対応する場合のみ記入。眼球の提供がある場合には眼球あっせん機関についても記入。

＿＿＿＿年　　月　　日

確認代表者　氏名（続柄） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）（自筆署名）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明者　所属機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

コーディネーター氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自筆署名）

臓器摘出　承諾書

ご本人の書面での意思表示が不明の場合

臓器の摘出を受ける者

（フリガナ）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日生（男 ・ 女）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者は、臓器を提供する意思がないことを表明しておりません。

私は、臓器の摘出について説明を受け、その内容を理解した上で、上記の者の臓器提供に関する意思を慎重に推定した結果、上記の者が死亡後、移植のために臓器の摘出を受けることを承諾します。

当該摘出に伴い必要となる附属組織、血管、臓器若しくはその一部、周囲組織並びに移植手術及び検査に必要な脾臓の一部及びリンパ節の摘出、心停止前に臓器摘出手術に関連する処置を受けることについても承諾します。

臓器の提供に関し、適切なあっせん・移植が行われるよう、臓器あっせん機関に対して患者情報を提供すること及び上記の者の臓器の提供に関し適切なあっせん・移植及び事後の検証に必要な範囲で関係機関の間で必要な個人情報を共有することに関し、同意します。

以上は家族の総意であることに相違ありません。

摘出を承諾する臓器（摘出を承諾する臓器を○で囲む）

腎臓（右･左）　・　膵臓　・　眼球（右･左）

医療機関 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　病院長　殿

臓器あっせん機関　　公益社団法人　日本臓器移植ネットワーク　　理事長　殿

臓器あっせん機関 (※) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　の長　殿

眼球あっせん機関 (※) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　の長　殿

（※）公益社団法人日本臓器移植ネットワーク以外の臓器あっせん機関においても対応する場合のみ記入。眼球の提供がある場合には眼球あっせん機関についても記入。

＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

承諾代表者　氏名（続柄） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）（自筆署名）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同席者（続柄） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

説明者　所属機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

コーディネーター氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自筆署名）

臓器摘出　意思確認書

ご本人の書面での
意思表示がある場合

臓器の摘出を受ける者

（フリガナ）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（　　年　　月　　日生（男 ・ 女）　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者は、臓器を提供する意思を書面により表示していることを確認しました。

＜書面表示の媒体＞（表示していた媒体に☑をつける）

☐ 臓器提供意思表示カード　☐ 健康保険資格確認書　☐ 運転免許証　☐ 個人番号カード

☐ その他（　　）

私は、臓器の摘出について十分な説明を受け、その内容を理解した上で、上記の者が死亡後、移植のために臓器の摘出を受けることを拒まず、家族の総意として、本人の意思を尊重します。

当該摘出に伴い必要となる附属組織、血管、臓器若しくはその一部、周囲組織並びに移植手術及び検査に必要な脾臓の一部及びリンパ節の摘出、心停止前に臓器摘出手術に関連する処置を受けることについても異存ありません。

臓器の提供に関し、適切なあっせん・移植が行われるよう、臓器あっせん機関に対して患者情報を提供すること及び上記の者の臓器の提供に関し適切なあっせん・移植及び事後の検証に必要な範囲で関係機関の間で必要な個人情報を共有することに関し、同意します。

摘出を拒まない臓器（摘出を拒まない臓器を〇で囲む）

腎臓（右･左）　・　膵臓　・　眼球（右･左）

医療機関 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　病院長　殿

臓器あっせん機関　公益社団法人　日本臓器移植ネットワーク　理事長　殿

臓器あっせん機関 (※) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　の長　殿

眼球あっせん機関 (※) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　の長　殿

（※）公益社団法人日本臓器移植ネットワーク以外の臓器あっせん機関においても対応する場合のみ記入。眼球の提供がある場合には眼球あっせん機関についても記入。

＿＿＿＿年　　月　　日

確認代表者　氏名（続柄） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）（自筆署名）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明者　所属機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

コーディネーター氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自筆署名）

臓器摘出　承諾書

ご本人の書面での
意思表示が不明の場合

臓器の摘出を受ける者

（フリガナ）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（　　年　　月　　日生（男 ・ 女）　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者は、臓器を提供する意思がないことを表明しておりません。

私は、臓器の摘出について説明を受け、その内容を理解した上で、上記の者の臓器提供に関する意思を慎重に推定した結果、上記の者が死亡後、移植のために臓器の摘出を受けることを承諾します。

当該摘出に伴い必要となる附属組織、血管、臓器若しくはその一部、周囲組織並びに移植手術及び検査に必要な脾臓の一部及びリンパ節の摘出、心停止前に臓器摘出手術に関連する処置を受けることについても承諾します。

臓器の提供に関し、適切なあっせん・移植が行われるよう、臓器あっせん機関に対して患者情報を提供すること及び上記の者の臓器の提供に関し適切なあっせん・移植及び事後の検証に必要な範囲で関係機関の間で必要な個人情報を共有することに関し、同意します。

以上は家族の総意であることに相違ありません。

摘出を承諾する臓器（摘出を承諾する臓器を〇で囲む）

腎臓（右･左）　・　膵臓　・　眼球（右･左）

医療機関 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　病院長　殿

臓器あっせん機関　公益社団法人　日本臓器移植ネットワーク　理事長　殿

臓器あっせん機関 (※) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　の長　殿

眼球あっせん機関 (※) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　の長　殿

（※）公益社団法人日本臓器移植ネットワーク以外の臓器あっせん機関においても対応する場合のみ記入。眼球の提供がある場合には眼球あっせん機関についても記入。

＿＿＿＿年　　月　　日

承諾代表者　氏名（続柄） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）（自筆署名）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同席者（続柄） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

説明者　所属機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

コーディネーター氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自筆署名）

脳死判定及び臓器摘出の承諾手続に係る立会証明書

脳死判定及び臓器摘出の承諾手続が行われた事例の詳細

手続が行われた日　　年　　月　　日

医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

脳死判定及び臓器摘出を受ける者の氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（押印不要）

脳死判定及び臓器摘出の承諾手続に係る説明を行った者

所属医療機関 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

認定ドナーコーディネーター氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（押印不要）

認定ドナーコーディネーター認定番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

脳死判定及び臓器摘出の説明を受けた者の氏名（承諾者） ＿＿＿＿＿＿＿＿（押印不要）

私は、上記事例において、脳死判定及び臓器摘出の承諾手続に係る立会いを行い、以下の項目を満たすことを確認しました（以下にチェック）。

□　認定ドナーコーディネーターは、承諾者（同席者を含む。以下同様。）の任意性に十分に配慮した説明を行い、承諾者からの質問に適切に対応していたことを確認しました。

□　承諾者が十分な説明を受け、了解をした上で自発的に同意したことを、説明者が同席しない場面で承諾者に確認しました。

本事例における脳死判定及び臓器摘出の承諾手続について、承諾の任意性が担保されていることを証明します。

(コーディネーター)
立会者　所属機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

立会者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自筆署名又は記名押印）

立会方法（いずれかに○）　　対面　・　オンライン

（注）本証明書は脳死判定・臓器摘出承諾書と併せて保管すること。手続後、速やかに作成し、当該医療機関に対して写しを提出すること。

親族優先提供に係る親族関係確認書

臓器の摘出を受ける者

（フリガナ）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（　　年　　月　　日生（男 ・ 女）　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者は、脳死後又は心停止後、移植のために臓器を提供する意思を書面で表示し、その意思表示に併せて、親族に対し、当該臓器を優先的に提供する意思を表示しています。

私は、親族への優先提供について説明を受け、十分に理解しました。

臓器の摘出を受ける者と移植希望者の親族関係（いずれかに○）

移植希望登録をしている下記の者（移植希望者）は、上記の者（臓器の摘出を受ける者）の

（　配偶者　・　子　・　父　・　母　）であることに相違ありません。

なお、続柄について確認可能な戸籍の謄本又は抄本（配偶者の場合は、戸籍の謄本、抄本又は住民票）を、公益社団法人日本臓器移植ネットワーク及び臓器あっせん機関に速やかに必ず提出いたします。

移植希望者

（フリガナ）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（　　年　　月　　日生（男 ・ 女）　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

移植希望登録をしている臓器　（ **心臓 ・ 肺 ・ 肝臓 ・ 腎臓 ・ 膵臓 ・ 小腸 ・ 眼球** ）

公益社団法人　日本臓器移植ネットワーク　理事長　殿

臓器あっせん機関 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　の長　殿

＿＿＿＿年　　月　　日

確認代表者 氏名（続柄） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）（記名押印又は自筆署名）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同席者（続柄） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）（記名押印又は自筆署名）

同席者（続柄） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）（記名押印又は自筆署名）

説明者　所属機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

コーディネーター氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（記名押印又は自筆署名）

臓 器 摘 出 記 録 書

臓器の摘出を受けた者

（フリガナ）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（　＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日生（男 ・ 女）　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

死亡日時 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　午前 ・ 午後 ＿＿＿＿時＿＿＿＿分

死亡の原因となった傷病及びそれに伴う合併症＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主な既往歴＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

摘出日時

摘出開始日時 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　午前 ・ 午後 ＿＿＿＿時＿＿＿＿分

臓器摘出日時 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　午前 ・ 午後 ＿＿＿＿時＿＿＿＿分

摘出が行われた医療機関（臓器提供施設）

名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

摘出医

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属医療機関の名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属医療機関所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（医療機関に所属しない場合には医師の住所を記載）

摘出した臓器

心臓 ・ 肺（右･左） ・ 肝臓 ・ 腎臓（右･左） ・ 膵臓 ・ 小腸 ・ 眼球（右･左）

摘出した臓器の状態、臓器に対する処置〔重量、血流遮断時刻、灌流開始時刻、灌流状態、ヘパリン化時刻など〕

重量 ＿＿＿＿＿＿g　灌流状態 ＿＿＿＿＿＿＿＿

血流遮断日時 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　午前 ・ 午後 ＿＿＿＿時＿＿＿＿分

灌流開始日時 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　午前 ・ 午後 ＿＿＿＿時＿＿＿＿分

ヘパリン化日時 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　午前 ・ 午後 ＿＿＿＿時＿＿＿＿分

臓器の摘出を受けた者に対する検査の結果

血液学的検査〔血液型、HLA タイプなど〕

血液型 （ A ・ B ・ O ・ AB ）　Rh （ ＋ ・ － ）

HLA　A＿＿＿＿＿＿, ＿＿＿＿＿＿　B＿＿＿＿＿＿, ＿＿＿＿＿＿　DR＿＿＿＿＿＿, ＿＿＿＿＿＿

生化学的検査〔T-Bil, Alb, AST, ALT, LDH, Cre, BUN など〕

T-Bil ＿＿＿＿＿mg/dL ， AST ＿＿＿＿＿IU/L ， ALT ＿＿＿＿＿IU/L

LDH ＿＿＿＿＿IU/L ， Alb ＿＿＿＿＿g/dL

Cre ＿＿＿＿＿mg/dL ， BUN ＿＿＿＿＿mg/dL

免疫学的検査〔HIV 抗体、HTLV-1 抗体、HBs 抗原、HCV 抗体など〕

HIV 抗体　（ ＋ ・ － ・ ± ・ 未 ）

HTLV-1 抗体　（ ＋ ・ － ・ ± ・ 未 ）

HBs 抗原　（ ＋ ・ － ・ ± ・ 未 ）

HCV 抗体　（ ＋ ・ － ・ ± ・ 未 ）

その他の検査の結果

臓器摘出を受けた者及び遺族の意思（ア～ウのいずれかに☑をつける）

□ア　本人の意思表示ありの場合

（本人が脳死下での臓器提供をする意思を書面で表示し、かつ法的脳死判定に従わないとの意思表示をしていない）

→　家族が脳死判定を拒まない（承諾している）又は家族がない

□拒まない（承諾している）

□家族がない

□拒んでいる　→臓器摘出の対象外

□イ　本人意思が不明の場合

（本人の脳死下で臓器提供をする意思が不明で、かつ法的脳死判定に従わないとの意思表示をしていない）

→　家族が脳死判定を行うことを書面により承諾している

□承諾している

□承諾していない　→臓器摘出の対象外

□ウ　アまたはイに該当しない　→臓器摘出の対象外

臓器摘出を受けた者が生存中に親族に対し臓器を優先的に提供する意思を書面により表示している

（ 表示している ・ 表示していない ）

臓器摘出を拒まない・承諾した遺族

氏名（続柄）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）（記名押印又は自筆署名）

住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

臓器の摘出を行う前に脳死判定の的確実施の証明書の交付を受けた（脳死判定を受けた者から臓器の摘出が行われた場合のみ）

（　交付を受けた　・　交付を受けていない　）

臓器のあっせんを行った者

・ドナー関連業務実施法人（「臓器のあっせん業の許可等について」（令和７年９月 25 日付健生発 0925 第３号厚生労働省健康・生活衛生局長通知）第１の４に定める法人のことを指す）

名称　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・マッチング関連業務実施法人（「臓器のあっせん業の許可等について」（令和７年９月 25 日付健生発 0925 第３号厚生労働省健康・生活衛生局長通知）第１の５に定める法人のことを指す）

名称　公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク

所在地 〒108-0022　東京都港区海岸 3-26-1　バーク芝浦

臓器を移植に使用しなかった理由（臓器を移植に使用しないこととした場合のみ）

摘出医が特に必要と認めた事項

記録作成日　＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

記録作成者（移植医）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(印)（記名押印又は自筆署名）

（注）　・臓器摘出を受けた者が生存中に臓器を提供する意思を書面により表示していたときは、当該書面の写し

・臓器摘出を受けた者が生存中に親族に対し臓器を優先的に提供する意思を書面により表示していたときは、当該書面の写し

・遺族が臓器摘出を拒まない・承諾する旨を表示した書面（写しでも可）

・脳死判定の的確実施の証明者の写し（脳死判定を受けた者から臓器の摘出が行われた場合のみ）

を添付のこと。

臓 器 移 植 記 録 書

移植術を受けた者

（フリガナ）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日生（男 ・ 女））

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

移植日時

移植手術開始日時 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　＿＿＿＿時＿＿＿＿分

血流再開日時 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　＿＿＿＿時＿＿＿＿分

移植手術終了日時 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　＿＿＿＿時＿＿＿＿分

移植術が行われた医療機関（移植実施施設）

名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

移植術を行った医師

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属医療機関の名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属医療機関の所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（医療機関に所属する医師でない場合は住所）

移植した臓器

心臓 ・ 肺（右･左） ・ 肝臓 ・ 腎臓（右･左） ・ 膵臓 ・ 小腸 ・ 眼球（右･左）

移植術を行う必要性

移植術を受けた者に対する検査の結果

血液学的検査〔血液型、HLA タイプなど〕

血液型 （ A ・ B ・ O ・ AB ） Rh （ ＋ ・ － ）

HLA A＿＿＿＿＿＿, ＿＿＿＿＿＿ B＿＿＿＿＿＿, ＿＿＿＿＿＿ DR＿＿＿＿＿＿, ＿＿＿＿＿＿

生化学的検査〔T-Bil, Alb, AST, ALT, LDH, Cre, BUN など〕

T-Bil ＿＿＿＿＿＿mg/dL , AST ＿＿＿＿＿＿IU/L , ALT ＿＿＿＿＿＿IU/L

LDH ＿＿＿＿＿＿IU/L , Alb ＿＿＿＿＿＿g/dL

Cre ＿＿＿＿＿＿mg/dL , BUN ＿＿＿＿＿＿mg/dL

免疫学的検査〔HIV 抗体、HTLV-1 抗体、HBs 抗原、HCV 抗体など〕

HIV 抗体　（ ＋ ・ － ・ ± ・ 未 ）

HTLV-1 抗体　（ ＋ ・ － ・ ± ・ 未 ）

HBs 抗原　（ ＋ ・ － ・ ± ・ 未 ）

HCV 抗体　（ ＋ ・ － ・ ± ・ 未 ）

その他の検査の結果

移植術を行うことに承諾がある　（ 承諾あり ・ 承諾なし ）

承諾者

氏名（続柄）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

臓器のあっせんを行った者

・ドナー関連業務実施法人（「臓器のあっせん業の許可等について」（令和７年９月 25 日付健生発 0925 第３号厚生労働省健康・生活衛生局長通知）第１の４に定める法人のことを指す）

名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・マッチング関連業務実施法人（「臓器のあっせん業の許可等について」（令和７年９月 25 日付健生発 0925 第３号厚生労働省健康・生活衛生局長通知）第１の５に定める法人のことを指す）

名称　公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク

所在地 〒108-0022　東京都港区海岸 3-26-1　バーク芝浦

移植術を行った医師が特に必要と認めた事項

記録作成日　　年　　月　　日

記録作成者（移植術を行った医師）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（記名押印又は自筆署名）

記録閲覧請求書

（移植に使用されるための臓器を提供した遺族が請求する場合）

請求の年月日　　年　　月　　日

請求する者

氏名　　（記名押印又は自筆署名）

住所

臓器の摘出を受けた者との続柄

請求に係る記録の別

（フリガナ）
氏名　　（　　年　　月　　日生（男 ・ 女）　）

住所

が受けた脳死の判定や臓器の摘出に関する下記の記録について、臓器の移植に関する法律第 10 条第３項（記録の閲覧）の規定により、閲覧を請求します。

□　脳死判定記録書

□　脳死判定の的確実施の証明書

□　臓器摘出記録書　（ **心臓 ・ 肺 ・ 肝臓 ・ 腎臓 ・ 膵臓 ・ 小腸 ・ 眼球** ）

記録閲覧請求書

（移植を受けた者又はその者の家族が請求する場合）

請求の年月日　　年　　月　　日

請求する者

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（記名押印又は自筆署名）

住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

臓器の移植を受けた者との続柄　＿＿＿＿＿＿＿＿

請求に係る記録の別

（フリガナ）
氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（　　年　　月　　日生（男・女）　）

住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

が受けた臓器の移植に関する下記の記録について、臓器の移植に関する法律第 10 条第３項（記録の閲覧）の規定により、閲覧を請求します。

□　移植術実施の説明記録書　　（　**心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球**　）

□　臓器移植記録書　（　**心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球**　）

記録閲覧請求書

（臓器あっせん機関（法第 12 条第１項の許可を受けた者）が請求する場合）

請求の年月日　　年　　月　　日

請求する者

氏名　　（記名押印又は自筆署名）

（法人にあっては、その事務所の名称）

住所

（法人にあっては、その事務所の所在地）

請求に係る記録の別

（フリガナ）

氏名　　（　　年　　月　　日生（男 ・ 女））

住所

が受けた脳死の判定、臓器の摘出、臓器の移植に関する下記の記録について、臓器の移植に関する法律第 10 条第３項（記録の閲覧）の規定により、閲覧を請求します。

□　脳死判定記録書

□　脳死判定の的確実施の証明書

□　臓器摘出記録書　（ **心臓 ・ 肺 ・ 肝臓 ・ 腎臓 ・ 膵臓 ・ 小腸 ・ 眼球** ）

□　移植術実施の説明記録書　（ **心臓 ・ 肺 ・ 肝臓 ・ 腎臓 ・ 膵臓 ・ 小腸 ・ 眼球** ）

□　臓器移植記録書　（ **心臓 ・ 肺 ・ 肝臓 ・ 腎臓 ・ 膵臓 ・ 小腸 ・ 眼球** ）

臓器のあっせんの帳簿

臓器のあっせんを行った相手方の氏名及び住所

（フリガナ）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（　　年　　月　　日生（男 ・ 女）　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

あっせんを行った臓器

心臓 ・ 肺（右･左） ・ 肝臓 ・ 腎臓（右･左） ・ 膵臓 ・ 小腸 ・ 眼球（右･左）

臓器のあっせんを行った年月日　＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

臓器のあっせんを行った具体的手段

あっせん手数料又はこれに類するものの額

新規に移植を希望する者としての登録料 ＿＿＿＿＿＿＿＿円

登録の更新を行う者としての登録料 ＿＿＿＿＿＿＿＿円

臓器移植術を受けた者のコーディネーター経費 ＿＿＿＿＿＿＿＿円

その他

不 使 用 臓 器 記 録 書

臓器の摘出を受けた者

（フリガナ）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（　　年　　月　　日生（男 ・ 女）　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

摘出日時　　年　　月　　日　午前 ・ 午後　　時　　分

摘出が行われた医療機関（臓器提供施設）

名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

摘出した臓器

心臓 ・ 肺（右･左） ・ 肝臓 ・ 腎臓（右･左） ・ 膵臓 ・ 小腸 ・ 眼球（右･左）

臓器のあっせんを行った者

・ドナー関連業務実施法人（「臓器のあっせん業の許可等について」（令和７年９月 25 日付健生発 0925 第３号厚生労働省健康・生活衛生局長通知）第１の４に定める法人のことを指す）

名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・マッチング関連業務実施法人（「臓器のあっせん業の許可等について」（令和７年９月 25 日付健生発 0925 第３号厚生労働省健康・生活衛生局長通知）第１の５に定める法人のことを指す）

名称　公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク

所在地 〒108-0022　東京都港区海岸 3-26-1　パーク芝浦

臓器を移植術に使用しないこととした医師

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属医療機関の名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属医療機関の所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（医療機関に所属していない場合は住所）

臓器を移植に使用しないこととした理由

臓器を移植術に使用しないこととした医師が特に必要と認めた事項

記録作成日　　年　　月　　日

記録作成者（移植に使用しないこととした医師） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自筆署名又は記名押印）

移植術実施の説明記録書

臓器の移植を受けた者

（フリガナ）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（　　年　　月　　日生（男 ・ 女）　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明を行った医師

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属医療機関名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明を行った日時 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　午前 ・ 午後 ＿＿＿＿時＿＿＿＿分

説明を行った場所

名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明を受けた者

氏名（続柄） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明に立ち会った者（説明に立ち会った者がいた場合のみ）

氏名（続柄） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明した事項

〔患者の病状、移植術を実施した場合に得られる利益と危険、移植術実施までの手順、移植術に必要な検査、手術後の検査・服薬の必要性とその危険性、その他〕

記録作成日 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

記録作成者（説明を行った医師） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自筆署名又は記名押印）