

拝啓 時下ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

臓器移植の推進につきましては、日頃からご尽力をいただき、ありがとうございます。

さて、第171回国会において成立した臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律（平成21年法律第83号）につきましては、原則として公布の日から起算して1年を経過した日（平成22年7月17日）から施行されることとなっておりますが、親族への臓器の優先提供に関する規定は、公布の日から起算して6月を経過した日（平成22年1月17日）から施行されることとなっております。

この親族への臓器の優先提供に関する規定の施行に伴い、今般、臓器の移植に関する法律施行規則の一部を改正する省令（平成22年厚生労働省令第3号）が公布され、優先提供の意思表示がなされていた場合には、脳死判定の記録等にその旨を記載すること等が定められました。

また、平成9年10月8日付け健医発第1329号厚生省保健医療局長通知の別紙「「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）」についても改正が行われ、その中で、親族優先提供に係る親族関係の確認等について定めが置かれました。

脳死判定の記録等につきましては、これまで記載すべき内容を盛り込んだ書式例を参考としてお示ししてきたところですが、今般、別添1のとおり、「脳死判定記録書式例」、「臓器摘出記録書式例」及び「臓器のあっせん帳簿書式例」を改めるとともに、「親族優先提供に係る親族関係確認書書式例」を定めました。

「脳死判定記録書式例」及び「臓器摘出記録書式例」については、親族に対する優先提供の意思表示の有無の欄を追加し、当該意思表示を行った書面の写しを添付することとしています。また、「臓器のあっせんの帳簿書式例」には、優先提供の意思を表示した書面の写し、及び臓器提供者と移植術を受けた者との親族関係を明らかにする書類を添付する旨を追加しています。

今回の改正を含めた最新の書式例全体を別添2として同封しておりますので、貴管内の医療機関への説明等においてご活用いただきますよう、よろしくお願いいたします。

時節柄御自愛の程お祈り申し上げます。

敬 具

平成22年1月14日

厚生労働省健康局

疾病対策課臓器移植対策室長

各 { 都道府県
指定都市
中核市 } 衛生主管部（局）長 殿

脳死判定記録書式例（省令第5条第1項）

脳死判定記録書

脳死判定を受けた者

氏名 _____

住所 _____

性別 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

脳死判定の日時（* 2回目の脳死判定終了時刻）

_____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

判定医療機関

名称 _____ 所在地 _____

判定医

氏名 _____ 氏名 _____

住所 _____ 住所 _____
(又は所属医療機関の所在地及び名称) (又は所属医療機関の所在地及び名称)

氏名 _____ 氏名 _____

住所 _____ 住所 _____
(又は所属医療機関の所在地及び名称) (又は所属医療機関の所在地及び名称)

脳死判定を受けた者が生存中に臓器提供の意思と脳死判定に従う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)

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る

(表示している ・ 表示していない)

家族が脳死判定を拒否していない

(拒否している ・ 拒否していない ・ 家族がない)

家族の氏名 _____

住所 _____

脳死判定を受けた者との続柄 _____

脳死判定への家族の立ち会いの有無 (有 ・ 無)

原疾患名 _____

前提条件

- 器質的脳障害による深昏睡、無呼吸 (該当する ・ 該当しない)
- 原疾患を確実に診断 (該当する ・ 該当しない)
- CT等の画像診断 (有 ・ 無)
- 回復の可能性がない (該当する ・ 該当しない)

除外例

- 6歳未満 (該当する ・ 該当しない)
- 急性薬物中毒 (該当する ・ 該当しない)
- 直腸温、食道温等の深部温が摂氏32度以下の状態にある者 (該当する ・ 該当しない)
- 代謝性・内分泌性障害あり (該当する ・ 該当しない)

1 回 目 の 確 認

2 回 目 の 確 認

開始日時	年 月 日	年 月 日
	午前・午後 時 分	午前・午後 時 分
終了日時	年 月 日	年 月 日
	午前・午後 時 分	午前・午後 時 分

生命徴候の確認

体温 (開始時)	(°C)	(°C)
(終了時)	(°C)	(°C)
血圧 (判定前)	収縮期 mmHg	収縮期 mmHg
	拡張期 mmHg	拡張期 mmHg
(判定後)	収縮期 mmHg	収縮期 mmHg
	拡張期 mmHg	拡張期 mmHg
心拍数 (開始時)	(回/分)	(回/分)
(終了時)	(回/分)	(回/分)

昇圧薬の使用 (薬品名 _____)

(判定開始時) (有 ・ 無) (有 ・ 無)

中枢神経抑制薬、筋弛緩薬等の薬物の影響

(有 ・ 無) (有 ・ 無)

姿勢・運動の確認

- 自発運動 (有 ・ 無) (有 ・ 無)
- 除脳硬直 (有 ・ 無) (有 ・ 無)

除皮質硬直 (有・無) (有・無)
けいれん (有・無) (有・無)

必須項目

深昏睡 (JCS ・ GCS) (JCS ・ GCS)
瞳孔径 (右 mm、左 mm) (右 mm、左 mm)
瞳孔固定 (右：有・無、左：有・無) (右：有・無、左：有・無)

脳幹反射

対光反射 (右：有・無、左：有・無) (右：有・無、左：有・無)
角膜反射 (右：有・無、左：有・無) (右：有・無、左：有・無)
毛様脊髄反射 (右：有・無、左：有・無) (右：有・無、左：有・無)
眼球頭反射 (有・無) (有・無)
前庭反射 (右：有・無、左：有・無) (右：有・無、左：有・無)
咽頭反射 (有・無) (有・無)
咳反射 (有・無) (有・無)

平坦脳波 (該当する ・ 該当しない) (該当する ・ 該当しない)

補助検査

聴性脳幹誘発反応 (有・無) (有・無)

自発呼吸 (有・無) (有・無)

無呼吸テスト時のPaCO₂、血圧及び不整脈

PaCO₂

(テスト前) mmHg mmHg
(午前・午後 時 分) (午前・午後 時 分)
(テスト後) mmHg mmHg
(午前・午後 時 分) (午前・午後 時 分)

血圧 (収縮期/拡張期)

(テスト前) mmHg mmHg
(テスト後) mmHg mmHg

昇圧薬の使用 (薬品名 _____)

(有・無) (有・無)

重篤な不整脈 (有・無) (有・無)

その他判定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（判定医）氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

（記名押印又は自筆署名）

- （注）・脳死判定に当たって測定した脳波の記録（記録番号 _____）
- ・脳死判定を受けた者が生存中に臓器提供の意思及び判定に従う意思を表示した書面の写し
 - ・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
 - ・家族が脳死判定を拒まない旨を表示した書面を添付のこと。

臓器摘出記録書式例（省令第6条第1項）

臓器摘出記録書

摘出を受けた者

氏名 _____ 住所 _____

性別 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

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 _____

主な既往症 _____

摘出日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

摘出が行われた医療機関

名称 _____ 所在地 _____

摘出医 氏名 _____

住所 _____

（又は所属医療機関の所在地及び名称）

摘出した臓器の名称 _____

（左右の別及び部位の別を含む）

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、人工呼吸器停止時間、ヘパリン化時間など〕

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〕

生化学的検査〔T-Bil、Alb、GOT、LDH、Cr、BUNなど〕

免疫学的検査〔HIV抗体、HTLV-1抗体、HBs抗原、HCV抗体など〕

その他の検査の結果

臓器摘出を受けた者が生存中に提供の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)

遺族が臓器摘出を拒否していない

(拒否している ・ 拒否していない ・ 遺族がない)

遺族の氏名 _____

住所 _____

臓器摘出を受けた者との続柄 _____

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

(受けた ・ 受けていない)

臓器のあっせんを行った者

氏名 _____
(法人の場合は名称、所在地)

住所 _____

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

記録日 年 月 日

記録者 (摘出医) 氏名 _____ 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提供の意思を表示した書面の写し
・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書の写し
を添付のこと。

親族優先提供に係る親族関係確認書書式例（ガイドライン第2の3）

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 氏名 _____

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に表示し、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。

移植希望登録をしている下記の者は、上記の者の（配偶者・子・父・母）
であることに相違ありません。 (いずれかに○)

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、社団法人日本臓器移植ネットワークにすみやかに必ず提出いたします。

移植希望者 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

住所 _____

移植希望登録をしている臓器 _____

社団法人 日本臓器移植ネットワーク 理事長 殿

記入日 _____ 年 月 日

確認者

氏名 _____ 印 臓器の摘出を受ける者との続柄 _____

(記名押印又は自筆署名)

住所 _____

氏名 _____ 印 臓器の摘出を受ける者との続柄 _____

(記名押印又は自筆署名)

住所 _____

氏名 _____ 印 臓器の摘出を受ける者との続柄 _____

(記名押印又は自筆署名)

住所 _____

説明者

社団法人日本臓器移植ネットワーク 移植コーディネーター _____ 印

(記名押印又は自筆署名)

立会人氏名（及び所属）

氏名 _____ 印 (_____)

氏名 _____ 印 (_____)

氏名 _____ 印 (_____)

臓器のあっせんの帳簿書式例（省令第13条）

あっせんを行った相手方の住所及び氏名
（法人にあっては、事務所の所在地及び名称）

あっせんを行った年月日

あっせんを行った具体的手段

あっせん手数料

（注）臓器の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場合であつて、当該意思により当該親族が移植術を受けたときは、以下の書類を添付のこと。

- ・臓器の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表示した書面の写し
- ・臓器の摘出を受けた者と当該臓器を使用した移植術を受けた者との親族関係を明らかにすることができる書類

脳死判定等に関する書式例

1 医師が作成する記録の書式例

○脳死判定の的確実施の証明書書式例（省令第3条）	1
○脳死判定記録書式例（省令第5条第1項）	3
○臓器摘出記録書式例（省令第6条第1項）	7
○眼球又は腎臓摘出記録書式例（省令附則第3条第1項）	10
○臓器移植記録書式例（省令第7条）	13
○不使用臓器記録書式例（省令第15条第2項）	15
○移植術実施の説明記録書式例（省令第16条）	16

2 家族、遺族の承諾書等の書式例

○脳死判定承諾書書式例（省令第5条第3項）	18
○臓器摘出承諾書書式例 （脳死下での臓器の摘出に用いられるもの：省令第6条第3項）	19
○臓器摘出承諾書書式例 （心停止下での臓器の摘出に用いられるもの ：省令第6条第3項及び附則第3条第3項）	20
○親族優先提供に係る親族関係確認書書式例（ガイドライン第2の3）	21

3 記録の閲覧請求書の書式例

○記録閲覧請求書書式例（省令第9条）	22
--------------------	----

4 その他

○臓器のあっせんの帳簿書式例（省令第13条）	25
------------------------	----

脳死判定の的確実施の証明書書式例（省令第3条）

脳死判定の的確実施の証明書

脳死判定を受けた者

氏名 _____

住所 _____

性別 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

脳死判定の日時

（1回目の確認時） _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

（2回目の確認時） _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

判定医療機関

名称 _____ 所在地 _____

1回目判定医（*担当の判定医全員の氏名等を記載）

氏名 _____ 氏名 _____

住所 _____ 住所 _____
（又は所属医療機関の所在地及び名称） （又は所属医療機関の所在地及び名称）

2回目判定医（*担当の判定医全員の氏名等を記載）

氏名 _____ 氏名 _____

住所 _____ 住所 _____
（又は所属医療機関の所在地及び名称） （又は所属医療機関の所在地及び名称）

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等の画像診断は必須）
- ・ 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。

- ・ 6歳未満の者
- ・ 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
- ・ 直腸温、食道温等の深部温が摂氏32度以下の状態にある者
- ・ 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
- ・ 自発運動、除脳硬直、除皮質硬直、けいれんが認められる者

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時間を経過した後に再度、以下の状態を確認しました。

- ・ 深昏睡
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 平坦脳波
- ・ 自発呼吸の消失

脳死の判定に当たっては、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及び収縮期血圧が90水銀柱ミリメートル以上あることを確認しました。

年 月 日

作成者(判定医)氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

(*担当の判定医全員の記名押印又は自筆署名)

脳死判定記録書式例（省令第5条第1項）

脳死判定記録書

脳死判定を受けた者

氏名 _____

住所 _____

性別 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

脳死判定の日時（*2回目の脳死判定終了時刻）

_____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

判定医療機関

名称 _____ 所在地 _____

判定医

氏名 _____ 氏名 _____

住所 _____ 住所 _____
(又は所属医療機関の所在地及び名称) (又は所属医療機関の所在地及び名称)

氏名 _____ 氏名 _____

住所 _____ 住所 _____
(又は所属医療機関の所在地及び名称) (又は所属医療機関の所在地及び名称)

脳死判定を受けた者が生存中に臓器提供の意思と脳死判定に従う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)

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る

(表示している ・ 表示していない)

家族が脳死判定を拒否していない

(拒否している ・ 拒否していない ・ 家族がいない)

家族の氏名 _____

住所 _____

脳死判定を受けた者との続柄 _____

脳死判定への家族の立ち会いの有無 (有 ・ 無)

原疾患名 _____

前提条件

- 器質的脳障害による深昏睡、無呼吸 (該当する ・ 該当しない)
- 原疾患を確実に診断 (該当する ・ 該当しない)
- CT等の画像診断 (有 ・ 無)
- 回復の可能性がない (該当する ・ 該当しない)

除外例

- 6歳未満 (該当する ・ 該当しない)
- 急性薬物中毒 (該当する ・ 該当しない)
- 直腸温、食道温等の深部温が摂氏32度以下の状態にある者 (該当する ・ 該当しない)
- 代謝性・内分泌性障害あり (該当する ・ 該当しない)

1 回目 の 確 認

2 回目 の 確 認

開始日時	年 月 日	年 月 日
	午前・午後 時 分	午前・午後 時 分
終了日時	年 月 日	年 月 日
	午前・午後 時 分	午前・午後 時 分

生命徴候の確認

体温 (開始時)	(°C)	(°C)
(終了時)	(°C)	(°C)
血圧 (判定前)	収縮期 mmHg	収縮期 mmHg
	拡張期 mmHg	拡張期 mmHg
(判定後)	収縮期 mmHg	収縮期 mmHg
	拡張期 mmHg	拡張期 mmHg
心拍数 (開始時)	(回/分)	(回/分)
(終了時)	(回/分)	(回/分)

昇圧薬の使用 (薬品名 _____)
(判定開始時) (有 ・ 無)

(有 ・ 無)

中枢神経抑制薬、筋弛緩薬等の薬物の影響

(有 ・ 無)

(有 ・ 無)

姿勢・運動の確認

- 自発運動 (有 ・ 無)
- 除脳硬直 (有 ・ 無)

- (有 ・ 無)
- (有 ・ 無)

除皮質硬直 (有・無) (有・無)
 けいれん (有・無) (有・無)

必須項目

深昏睡 (JCS ・ GCS) (JCS ・ GCS)
 瞳孔径 (右 mm、左 mm) (右 mm、左 mm)
 瞳孔固定 (右：有・無、左：有・無) (右：有・無、左：有・無)

脳幹反射

対光反射 (右：有・無、左：有・無) (右：有・無、左：有・無)
 角膜反射 (右：有・無、左：有・無) (右：有・無、左：有・無)
 毛様脊髄反射 (右：有・無、左：有・無) (右：有・無、左：有・無)
 眼球頭反射 (有・無) (有・無)
 前庭反射 (右：有・無、左：有・無) (右：有・無、左：有・無)
 咽頭反射 (有・無) (有・無)
 咳反射 (有・無) (有・無)

平坦脳波 (該当する ・ 該当しない) (該当する ・ 該当しない)

補助検査

聴性脳幹誘発反応 (有・無) (有・無)

自発呼吸 (有・無) (有・無)

無呼吸テスト時のPaCO₂、血圧及び不整脈

PaCO₂

(テスト前)	mmHg	mmHg
(午前・午後	時	時
分)		分)
(テスト後)	mmHg	mmHg
(午前・午後	時	時
分)		分)

血圧 (収縮期/拡張期)

(テスト前)	mmHg	mmHg
(テスト後)	mmHg	mmHg

昇圧薬の使用 (薬品名 _____)

(有・無) (有・無)

重篤な不整脈 (有・無) (有・無)

その他判定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（判定医）氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

（記名押印又は自筆署名）

- (注) ・脳死判定に当たって測定した脳波の記録（記録番号 _____）
- ・脳死判定を受けた者が生存中に臓器提供の意思及び判定に従う意思を表示した書面の写し
 - ・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
 - ・家族が脳死判定を拒まない旨を表示した書面を添付のこと。

臓器摘出記録書式例（省令第6条第1項）

臓器摘出記録書

摘出を受けた者

氏名 _____ 住所 _____

性別 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

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 _____

主な既往症 _____

摘出日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

摘出が行われた医療機関

名称 _____ 所在地 _____

摘出医 氏名 _____

住所 _____

(又は所属医療機関の所在地及び名称)

摘出した臓器の名称 _____

(左右の別及び部位の別を含む)

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、人工呼吸器停止時間、ヘパリン化時間など]

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]

生化学的検査〔T-Bil、Alb、GOT、LDH、Cr、BUNなど〕

免疫学的検査〔HIV抗体、HTLV-1抗体、HBs抗原、HCV抗体など〕

その他の検査の結果

臓器摘出を受けた者が生存中に提供の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)

遺族が臓器摘出を拒否していない

(拒否している ・ 拒否していない ・ 遺族がいない)

遺族の氏名 _____

住所 _____

臓器摘出を受けた者との続柄 _____

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

(受けた ・ 受けていない)

臓器のあっせんを行った者

氏名 _____
(法人の場合は名称、所在地)

住所 _____

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

記録日 年 月 日

記録者 (摘出医) 氏名 _____ 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提供の意思を表示した書面の写し
・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書の写し
を添付のこと。

眼球又は腎臓摘出記録書式例（省令附則第3条第1項）

眼球又は腎臓摘出記録書

摘出を受けた者

氏名 _____ 住所 _____

性別 _____ 生年月日 _____年 _____月 _____日生

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 _____

主な既往症 _____

摘出日時 _____年 _____月 _____日 午前・午後 _____時 _____分

摘出が行われた医療機関

名称 _____ 所在地 _____

摘出医 氏名 _____

住所 _____

（又は所属医療機関の所在地及び名称）

摘出した眼球又は腎臓の別 _____

（左右の別を含む）

摘出した眼球又は腎臓の状態、これに対する処置

〔重量、血流遮断時刻、灌流開始時刻、灌流状態、人工呼吸器停止時間、ヘパリン化時間など〕

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〕

生化学的検査〔T-Bil、Alb、GOT、LDH、Cr、BUNなど〕

免疫学的検査〔HIV抗体、HTLV-1抗体、HBs抗原、HCV抗体など〕

その他の検査の結果

摘出を承諾した遺族

氏名 _____

住所 _____

摘出を受けた者との続柄 _____

眼球又は腎臓のあっせんを行った者

氏名 _____ 住所 _____

(法人の場合は名称、所在地)

眼球又は腎臓を移植に使用しなかった理由 (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（摘出医） 氏名 _____ 印
(記名押印又は自筆署名)

(注) 遺族が眼球又は腎臓の摘出を承諾する旨を表示した書面を添付のこと。

臓器移植記録書式例（省令第7条）

臓器移植記録書

移植を受けた者

氏名 _____ 住所 _____

性別 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

移植日時 (開始時) _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分
～ (終了時) _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

移植が行われた医療機関

名称 _____ 所在地 _____

移植医 氏名 _____

住所 _____

(又は所属医療機関の所在地及び名称)

移植した臓器の名称 _____

(左右の別及び部位の別を含む)

移植を行う必要性

移植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〕

生化学的検査〔T-Bil、Alb、GOT、LDH、Cr、BUNなど〕

免疫学的検査〔H I V抗体、H T L V - 1抗体、H B s抗原、H C V抗体など〕

その他の検査の結果

移植を行うことに承諾がある (承諾がある ・ 承諾がない)

承諾者の氏名 _____

住所 _____

移植を受けた者との続柄 _____

臓器のあっせんを行った者

氏名 _____

住所 _____

(法人の場合は名称、所在地)

移植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) 氏名 _____ 印

(記名押印又は自筆署名)

不使用臓器記録書式例（省令第15条第2項）

不使用臓器記録書

摘出日時 ____年__月__日 午前・午後__時__分

摘出が行われた医療機関

名称 _____ 所在地 _____

摘出した臓器の名称 _____

(左右の別及び部位の別を含む)

臓器のあっせんを行った者

氏名 _____ 住所 _____

(法人の場合は名称、所在地)

移植に使用しないこととした医師 氏名 _____

住所 _____

(又は所属医療機関の所在地及び名称)

移植に使用しないこととした理由

J

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）

氏名 _____ 印

(記名押印又は自筆署名)

移植術実施の説明記録書式例（省令第16条）

移植術実施の説明記録書

説明を行った医師 氏名 _____

住所 _____

（又は所属医療機関の所在地及び名称）

説明日時 _____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 _____

住所 _____

移植を受けた者との続柄 _____

立会人の有無 （ 有 ・ 無 ）

有の場合 立会人の氏名 _____

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（説明医）

氏名

印

（記名押印又は自筆署名）

脳死判定承諾書書式例（省令第5条第3項）

脳死判定承諾書

脳死の判定を受ける者

氏名 _____

住所 _____

上記の者は、脳死の判定に従い、脳死後、移植のために臓器を提供する旨を書面中表示しています。私は、脳死について説明を受け、十分に理解した上で、上記の者に臓器の移植に関する法律に基づく脳死の判定が行われることに異存ありません。

以上は家族の総意であることに相違ありません。

病院長 _____ 殿

社団法人 日本臓器移植ネットワーク 理事長 殿

年 月 日

氏名 _____ 印 （記名押印又は自筆署名）

住所 _____

脳死の判定を受ける者との続柄 _____

説明者 社団法人 日本臓器移植ネットワーク
移植コーディネーター _____ 印
（記名押印又は自筆署名）

立会人氏名及び所属

氏名 _____ 印

所属 _____

氏名 _____ 印

所属 _____

氏名 _____ 印

所属 _____

臓器摘出承諾書書式例

(脳死下での臓器の摘出に用いられるもの：省令第6条第3項)

臓器摘出承諾書

臓器の摘出を受ける者

氏名 _____

住所 _____

私は、臓器の摘出について説明を受け、十分に理解した上で、上記の者が脳死後、移植のために臓器の摘出を受けることに異存ありません。

摘出を承諾する臓器（摘出を承諾する臓器は○で囲み、摘出を承諾しない臓器は×を付ける）

心臓・肺（右・左）・肝臓・腎臓（右・左）・膵臓・小腸・眼球（右・左）

上記の臓器の摘出に伴って、別紙に記載した臓器に附属する組織並びに血管、臓器あるいはその一部、及び周囲組織の摘出を受けることに異存ありません。また、移植手術及びその検査に必要な膵臓の一部・リンパ節の摘出を受けることに異存ありません。

以上は家族の総意であることに相違ありません。

病院長 _____ 殿

社団法人 日本臓器移植ネットワーク 理事長 殿

年 月 日

氏名 _____ 印 （記名押印又は自筆署名）

住所 _____

臓器の摘出を受ける者との続柄 _____

説明者 社団法人 日本臓器移植ネットワーク
移植コーディネーター _____ 印
（記名押印又は自筆署名）

立会人氏名（及び所属）

氏名 _____ 印 (_____)
氏名 _____ 印 (_____)
氏名 _____ 印 (_____)

臓器摘出承諾書書式例（心停止下での臓器の摘出に用いられるもの）
：省令第6条第3項及び附則第3条第3項）

臓器摘出承諾書

臓器の摘出を受ける者

氏名 _____

住所 _____

私は、臓器の摘出について説明を受け、十分に理解した上で、上記の者が心臓が停止した死後、移植のために臓器の摘出を受けることに異存ありません。

摘出を承諾する臓器（摘出を承諾する臓器は○で囲み、摘出を承諾しない臓器は×を付ける）

腎臓（右・左）・膵臓・眼球（右・左）

上記の臓器の摘出に伴って、別紙に記載した臓器に附属する組織並びに血管、臓器あるいはその一部、及び周囲組織の摘出を受けることに異存ありません。また、移植手術及びその検査に必要な膵臓の一部・リンパ節の摘出を受けることに異存ありません。

なお心停止前に別紙に記載した臓器摘出手術に関連する処置を受けることに異存ありません。

以上は家族の総意であることに相違ありません。

病院長 _____ 殿

社団法人 日本臓器移植ネットワーク 理事長 殿

年 月 日

氏名 _____ 印（記名押印又は自筆署名）

住所 _____

臓器の摘出を受ける者との続柄 _____

説明者 社団法人 日本臓器移植ネットワーク
移植コーディネーター _____ 印
（記名押印又は自筆署名）

立会人氏名（及び所属）

氏名 _____ 印（ _____ ）

氏名 _____ 印（ _____ ）

氏名 _____ 印（ _____ ）

親族優先提供に係る親族関係確認書書式例（ガイドライン第2の3）

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 氏名 _____

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に表示し、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。

移植希望登録をしている下記の者は、上記の者の（配偶者・子・父・母）
であることに相違ありません。 (いずれかに○)

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、社団法人日本臓器移植ネットワークにすみやかに必ず提出いたします。

移植希望者 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

住所 _____

移植希望登録をしている臓器 _____

社団法人 日本臓器移植ネットワーク 理事長 殿

記入日 _____ 年 月 日

確認者

氏名 _____ 印 臓器の摘出を受ける者との続柄 _____

(記名押印又は自筆署名)

住所 _____

氏名 _____ 印 臓器の摘出を受ける者との続柄 _____

(記名押印又は自筆署名)

住所 _____

氏名 _____ 印 臓器の摘出を受ける者との続柄 _____

(記名押印又は自筆署名)

住所 _____

説明者

社団法人日本臓器移植ネットワーク 移植コーディネーター _____ 印

(記名押印又は自筆署名)

立会人氏名（及び所属）

氏名 _____ 印 (_____)

氏名 _____ 印 (_____)

氏名 _____ 印 (_____)

記録閲覧請求書書式例①（省令第9条）

（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）

記録閲覧請求書

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、下記の記録の閲覧を請求します。

閲覧請求の年月日 _____年____月____日

閲覧を請求する者

氏名 _____

住所 _____

臓器摘出を受けた者との続柄 _____

閲覧を請求する記録の種類

（脳死判定、臓器摘出を受けた者の住所・氏名を記入する）

氏名 _____

住所 _____

が受けた（脳死の判定

・ 臓器の摘出（心臓・肝臓・肺・脾臓・小腸・腎臓・眼球））

に関する記録（閲覧を請求する記録を○で囲む）

記録閲覧請求書書式例②（省令第9条）
（移植を受けた者又はその者の家族が請求する場合）

記録閲覧請求書

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、下記の記録の閲覧を請求します。

閲覧請求の年月日 _____年 _____月 _____日

閲覧を請求する者

氏名 _____

住所 _____

移植を受けた者との続柄 _____

閲覧を請求する記録の種類

（臓器移植を受けた者の住所・氏名を記入する）

氏名 _____

住所 _____

が受けた 臓器の移植（ 心臓 ・ 肝臓 ・ 肺 ・ 膵臓 ・ 小腸 ・ 腎臓 ・ 眼球 ）

に関する記録（閲覧を請求する記録を○で囲む）

記録閲覧請求書書式例③（省令第9条）

（臓器あつせん機関（法第12条第1項の許可を受けた者）が請求する場合）

記録閲覧請求書

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、下記の記録の閲覧を請求します。

閲覧請求の年月日 _____年____月____日

閲覧を請求する者

氏名 _____
（法人にあつては、その事務所の所在地及び名称）

住所 _____

閲覧を請求する記録の種類

（脳死判定、臓器摘出又は臓器移植を受けた者の住所・氏名を記入する）

氏名 _____

住所 _____

が受けた（脳死の判定

- ・ 臓器の摘出（心臓・肝臓・肺・脾臓・小腸・腎臓・眼球）
- ・ 臓器の移植（心臓・肝臓・肺・脾臓・小腸・腎臓・眼球）

に関する記録（閲覧を請求する記録を○で囲む）

臓器のあつせんの帳簿書式例（省令第13条）

あつせんを行った相手方の住所及び氏名
（法人にあつては、事務所の所在地及び名称）

あつせんを行った年月日

あつせんを行った具体的手段

あつせん手数料

（注）臓器の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場合であつて、当該意思により当該親族が移植術を受けたときは、以下の書類を添付のこと。

- ・臓器の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表示した書面の写し
- ・臓器の摘出を受けた者と当該臓器を使用した移植術を受けた者との親族関係を明らかにすることができる書類