

日医発第 1410 号（技術）

令和 8 年 1 0 月 1 9 日

都道府県医師会担当理事 殿

公益社団法人日本医師会

常任理事 加藤 豊

（公 印 省 略）

臓器の移植に関する法律施行規則に定める書面及び記録に係る参考書式の改正
について（周知）

平素より、本会会務にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

今般、厚生労働省健康・生活衛生局難病対策課移植医療対策推進室より、本会宛に、事務連絡「臓器の移植に関する法律施行規則に定める書面及び記録に係る参考書式の改正について（周知）」が発出されました。

本件は、臓器の移植に関する法律の施行に必要な書面及び記録については、臓器の移植に関する法律施行規則等に定め、厚生労働省において、参考書式が示されてきたところ、今般、「臓器のあっせん業の許可等について」（令和 7 年 9 月 3 0 日付け日医発第 1085 号（技術）を以て貴会宛にご案内済み。）に規定するドナー関連業務実施法人が許可されたこと及び「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）」（令和 8 年 1 月 8 日付け日医発第 1607 号（技術）等を以て貴会宛にご案内済み。）第 6 に規定する臓器提供を行う施設内に在籍している臓器提供に関する説明・同意取得等に係る認定を取得している臓器移植コーディネーターが説明・同意取得等を行うことが可能となったことを踏まえ、参考書式の改正を行ったことをお知らせするものです。

なお、本書式については実務上の参考として示されたものであり、施行規則に定める事項が全て適切に含まれている場合には、独自の書式を使用することについては差し支えないことが申し添えられています。

つきましては、貴会におかれましても、本件についてご了知いただきますとともに、貴会管内の関係各所にご周知くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

公益社団法人 日本医師会 御中

厚生労働省健康・生活衛生局
難病対策課移植医療対策推進室

臓器の移植に関する法律施行規則に定める書面及び記録に係る参考書式の改正
について（周知）

臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）の施行に必要な書面及び記録については、臓器の移植に関する法律施行規則（平成9年厚生省令第78号。以下「施行規則」という。）等に定めています。

厚生労働省においては、これらの書面及び記録の作成及び保存に当たって、実務上の参考としていただくため、参考書式をお示ししてきたところです。

今般、「臓器のあっせん業の許可等について」（令和7年9月25日付け健生発0925第3号）に規定するドナー関連業務実施法人が許可されたこと及び「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）」（平成9年10月8日健医発第1329号厚生省保健医療局長通知別紙）第6に規定する臓器提供を行う施設内に在籍している臓器提供に関する説明・同意取得等に係る認定を取得している臓器移植コーディネーターが説明・同意取得等を行うことが可能となったことを踏まえ、参考書式の改正を行いましたので、お知らせいたします。

なお、本書式については実務上の参考としてお示しするものであり、施行規則に定める事項が全て適切に含まれている場合には、独自の書式を使用することについては差し支えないことを申し添えます。

つきましては、今後の事務の参考にしていただくとともに、関係機関等に対して周知いただくよう、お願いいたします。御不明点等については、下記の連絡先まで御照会ください。

【連絡先】

厚生労働省健康・生活衛生局難病対策課

移植医療対策推進室臓器移植係 出内、田中、金村

TEL：03-3595-2256 FAX：03-3593-6223

メールアドレス：ishokuchousa@mhlw.go.jp

臓器の移植に関する法律施行規則に定める書面及び記録等に係る参考書式の改正（概要）

1. 趣旨

臓器の移植に関する法律及び関係法令等に基づく手続の適正な実施を確保するため、「臓器移植法に関する書式例」を策定し周知していたところ。

現行の書式例は平成26年2月に周知して以降は改正を行っていないため、現行のガイドライン、法的脳死判定マニュアル等との整合性確保、記載事項の明確化及び医療機関等における事務負担の軽減を図る観点から所要の改正を行う。

2. 改正概要

（主な改正内容）

- ・ 法的脳死判定マニュアル2024に沿った記載に見直し
- ・ 臓器提供の意思表示ありの場合の書式を新設
- ・ ドナー関連業務実施法人の設立に伴い臓器あっせん機関の欄を見直し
- ・ 認定ドナーコーディネーター制度の創設に伴う、立会証明書の策定
- ・ その他、記載者の負担軽減のため見直し

（各様式の主な改正内容）

様式	主な改正内容
01 脳死判定的確実施証明書（省令第3条）	法的脳死判定マニュアル2024に沿った記載に見直し
02 法的脳死判定記録書（省令第5条第1項）	法的脳死判定マニュアル2024に沿った記載に見直し
03-1 脳死判定・臓器摘出意思確認書（省令第5条第3項・第6条第3項）	（新規） ・ 意思表示ありの場合は意思確認書とした
03-2 脳死判定・臓器摘出承諾書（省令第5条第3項・第6条第3項）	脳死判定承諾書と臓器摘出承諾書を一つの書式にまとめ、臓器あっせん機関の欄を見直し
03-3 脳死判定・臓器摘出意思確認書及び承諾書（省令第5条第3項・第6条第3項）A3用	（新規） 03-1と03-2をA3用紙で1枚にまとめた書式
04-1 心停止後臓器摘出意思確認書（省令第6条第3項）	（新規） ・ 意思表示ありの場合は意思確認書とした
04-2 心停止後臓器摘出承諾書（省令第6条第3項）	意思表示ありの場合は別様式とし、臓器あっせん機関の欄を見直し

04-3 心停止後臓器摘出意思確認書及び承諾書 (省令第6条第3項)A3用	(新規) 04-1 と 04-2 を A3 用紙で 1 枚にまとめた書式
05 認定ドナーコーディネーター立会証明書	(新規) 認定ドナーコーディネーター制度の創設に伴う書式
06 親族優先提供に係る親族関係確認書 (ガイドライン第2)	臓器あっせん機関の欄を見直し
07 臓器摘出記録書 (省令第6条第1項)	臓器あっせん機関の欄を見直し
08 臓器移植記録書 (省令第7条)	臓器あっせん機関の欄を見直し
09 記録閲覧請求書 (ドナーご遺族用) (省令第9条)	記載者の負担軽減のため
10 記録閲覧請求書 (レシピエント用) (省令第9条)	記載者の負担軽減のため
11 記録閲覧請求書 (臓器あっせん機関用) (省令第9条)	記載者の負担軽減のため
12 臓器のあっせんの帳簿 (省令第13条)	記載者の負担軽減のため
13 不使用臓器記録書 (省令第15条第2項)	臓器あっせん機関の欄を見直し
14 移植術実施の説明記録書 (省令第16条)	体裁のみ

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 _____

住所 _____

(_____ 年 _____ 月 _____ 日生 (男 ・ 女))

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歳未満の者にあつては、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、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つては、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中表示し、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
	<u>18歳未満は下記をチェックする</u> ☐ 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 °C 以上であることが望ましい
- ☐ 100 % 酸素 (FIO₂ 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 (PaCO₂) 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カテーテルからの酸素投与 (6 L/min)
- ☐ 気管内チューブに T ピースを接続し酸素投与 (6 L/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	PaCO ₂	PaO ₂	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 PaCO₂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 °C 以上であることが望ましい
- ☐ 100 %酸素(FIO₂ 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(PaCO₂)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	PaCO ₂	PaO ₂	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 PaCO₂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○で囲む）

心臓 ・ 肺（右・左） ・ 肝臓 ・ 腎臓（右・左） ・ 脾臓 ・ 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） ・ 脾臓 ・ 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。眼球的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、適切なあつせん・移植が行われるよう、臓器あつ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つせん・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）

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

医療機関 _____ 病院長 殿

臓器あつせん機関 公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク 理事長 殿

臓器あつせん機関^{（※）} _____ の長 殿

眼球あつせん機関^{（※）} _____ 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つ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つ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、適切なあつせん・移植が行われるよう、臓器あつ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つせん・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） ・ 脾臓 ・ 小腸 ・ 眼球（右・左）

医療機関 _____ 病院長 殿

臓器あつせん機関 公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク 理事長 殿

臓器あつせん機関^{（※）} _____ の長 殿

眼球あつせん機関^{（※）} _____ 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つ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つ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） ・ 脾臓 ・ 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） ・ 脾臓 ・ 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○で囲む）

腎臓（右・左） ・ 脾臓 ・ 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） ・ 脾臓 ・ 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

住所

(年 月 日生 (男・女))

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。

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

住所

(年 月 日生 (男・女))

移植希望登録をしている臓器 (心臓 ・ 肺 ・ 肝臓 ・ 腎臓 ・ 脾臓 ・ 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 年の 月 日 の長 殿

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に表示し、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 パーク芝浦

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) ・ 脾臓 ・ 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 ・ 脾臓 ・ 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 ・ 脾臓 ・ 小腸 ・ 眼球)☐ 臓器移植記録書 (心臓 ・ 肺 ・ 肝臓 ・ 腎臓 ・ 脾臓 ・ 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）
（法人にあつては、その事務所の名称）

住所
（法人にあつては、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 ・ 脾臓 ・ 小腸 ・ 眼球 ）

☐ 移植術実施の説明記録書 （ 心臓 ・ 肺 ・ 肝臓 ・ 腎臓 ・ 脾臓 ・ 小腸 ・ 眼球 ）

☐ 臓器移植記録書 （ 心臓 ・ 肺 ・ 肝臓 ・ 腎臓 ・ 脾臓 ・ 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 _____

住所 _____

(_____ 年 _____ 月 _____ 日生 (男 ・ 女))

あっせんを行った臓器

心臓 ・ 肺 (右・左) ・ 肝臓 ・ 腎臓 (右・左) ・ 脾臓 ・ 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）・脾臓・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 バーク芝浦

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)