

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

氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_  
(又は所属医療機関の所在地及び名称)住所 \_\_\_\_\_  
(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)  | (      ℃ )  | (      ℃ )  |
| (終了時)     | (      ℃ )  | (      ℃ )  |
| 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PaCO<sub>2</sub>、血圧及び不整脈

PaCO<sub>2</sub>

|                       |      |                       |
|-----------------------|------|-----------------------|
| (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 ) |

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

住所

(法人の場合は名称、所在地)

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