

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
○臓器移植記録書式例（省令第7条）	10
○不使用臓器記録書式例（省令第15条第2項）	12
○移植術実施の説明記録書式例（省令第16条）	13

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）	15
○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）	16
○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）	17
○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）	18

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）	19
--------------------	----

4 その他

○臓器のあっせんの帳簿書式例（省令第13条）	22
------------------------	----

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、MRI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。

- ・ 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
- ・ 直腸温、食道温等の深部温が摂氏32度未満（6歳未満の者は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
- ・ 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（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。

- ・ 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（単位 mmHg）が次の数値以上あることを確認しました。

1歳未満：65

1歳以上13歳未満：年齢×2＋65

13歳以上：90

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

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及び家族の意思（ア～ウのいずれかに○をつける）

ア 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おり、脳死判定に従う意思がないことを表示していない

→ 家族が脳死判定を拒まない又は家族がない
（ 拒まない ・ 家族がない ・ 拒んでいる ）

イ 脳死判定を受けた者が生存中に臓器を提供する意思がないことを表示しておらず、脳死判定に従う意思がないことを表示していない

→ 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 ）

ウ ア又はイに該当しない

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)

脳死判定を拒まない・承諾した家族

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、MRI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

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	(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度未満（6歳未満の者は35度未満）の状態	(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

深昏迷（JCS・GCS）

（JCS・GCS）

瞳孔径 4 mm 以上（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_2 、血圧及び不整脈

PaCO_2

（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

（テスト前）収縮期 mmHg

収縮期 mmHg

拡張期 mmHg

拡張期 mmHg

（テスト後）収縮期 mmHg

収縮期 mmHg

拡張期 mmHg

拡張期 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
- ・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
- ・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・承諾する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及び遺族の意思（ア～ウのいずれかに○をつける）

ア 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る
（ 表示している ・ 表示していない ）

→ 遺族が臓器摘出を拒まない又は遺族がない
（ 拒まない ・ 遺族がない ・ 拒んでいる ）

イ 臓器摘出を受けた者が生存中に臓器を提供する意思がないことを表示していない
（ 該当する ・ 該当しない ）

→ 遺族が臓器摘出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 ）

ウ ア又はイに該当しない

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 ）

臓器摘出を拒まない・承諾した遺族

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（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）

（ 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書の写し（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

摘出を受けた者

氏名 _____ 住所 _____

性別 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

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）

臓器のあつせんを行った者

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

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

移植を受けた者

氏名 _____ 住所 _____

性別 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

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

脳死の判定を受ける者

氏名 _____ 住所 _____

上記の者の脳死の判定に関する意思は、次のとおりです。（いずれかに○）

- （ ）臓器を提供する意思を書面により表示しており、脳死の判定に従う意思がないことを表示していません。
- （ ）臓器を提供する意思がないことを表示していません。また、脳死の判定に従う意思がないことを表示していません。

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。

移植コーディネーター使用欄

＜本人意思の確認＞

- ☐ ドナーカード、保険証、免許証等の文書
- ☐ 臓器提供意思登録システム
- ☐ 御家族に対する確認

_____ 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（記名押印又は自筆署名）

所属 _____

氏名 _____ 印（記名押印又は自筆署名）

所属 _____

氏名 _____ 印（記名押印又は自筆署名）

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 _____

上記の者の臓器提供に関する意思は、次のとおりです。(いずれかに○)

() 臓器を提供する意思を書面により表示しています。

() 臓器を提供する意思がないことを表示していません。

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。

移植コーディネーター使用欄

＜本人意思の確認＞

☐ ドナーカード、保険証、免許証等の文書

☐ 臓器提供意思登録システム

☐ 御家族に対する確認

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 ()

(記名押印又は自筆署名)

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)

臓器摘出承諾書

臓器の摘出を受ける者

氏名 _____ 住所 _____

上記の者の臓器提供に関する意思は、次のとおりです。(いずれかに○)

() 臓器を提供する意思を書面により表示しています。

() 臓器を提供する意思がないことを表示していません。

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)・脾臓・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脾臓の一部・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。

移植コーディネーター使用欄

<本人意思の確認>

☐ ドナーカード、保険証、免許証等の文書

☐ 臓器提供意思登録システム

☐ 御家族に対する確認

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 ()

(記名押印又は自筆署名)

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 _____ 性別 男・女 生年月日 _____ 年 月 日

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（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。
（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 _____ 性別 男・女 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 _____

住所 _____

氏名 _____ 印 臓器の摘出を受ける者との続柄 _____

住所 _____

氏名 _____ 印 臓器の摘出を受ける者との続柄 _____

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

立会人氏名（及び所属）

氏名 _____ 印（ _____ ）

氏名 _____ 印（ _____ ）

氏名 _____ 印（ _____ ）

※確認者・説明者・立会人の氏名欄はすべて記名押印又は自筆署名

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 ・ 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③（省令第9条）

（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）

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 _____
（法人にあっては、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）

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