

拝啓 時下ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

臓器移植の適正な実施につきましては、日頃から御尽力をいただき、ありがとうございます。

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、「脳死判定記録書式例」の改正を行いましたので、お知らせいたします。（他の書式例については、「社団法人日本臓器移植ネットワーク」を「公益社団法人日本臓器移植ネットワーク」とした点を除き、これまでのものと変更はありません。）

（主な改正点）

○脳死判定記録書式例

- ・ 法的脳死判定の際に、手続きの誤りを防止するために用いるチェックシートの機能を盛り込む
- ・ 18歳未満の場合と18歳以上の場合で様式を分ける

今回の改正を含めた最新の書式例全体を別添として同封しておりますので、御活用いただきますよう、よろしくお願いいたします。

また、今般、厚生労働大臣が参集を求める学識経験者により行われる「脳死下での臓器提供事例にかかる検証会議」に対し、医療機関から提出いただいている「脳死臓器移植に関する検証資料フォーマット」の改正も併せて行いました。今後は、こちらを検証会議に提出いただくこととなりますので、御了知ください。（既に提出いただいたもの及び作成中のものにつきましては、改めて改正後のもので作成いただく必要はございません。）

なお、脳死判定等に関する書式例及び検証資料フォーマットについては、近日中に公益社団法人日本臓器移植ネットワーク及び厚生労働省のホームページ上に掲載する予定としております。

時節柄御自愛の程お祈り申し上げます。

敬 具

平成26年2月26日

厚生労働省健康局
疾病対策課移植医療対策推進室長
泉 潤一

公益社団法人 全日本病院協会 会長 殿

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
（18歳未満の者に脳死判定を行う場合：省令第5条第1項）・・・・・・・・・・・・ 3
- 脳死判定記録書式例
（18歳以上の者に脳死判定を行う場合：省令第5条第1項）・・・・・・・・・・・・ 16
- 臓器摘出記録書式例（省令第6条第1項）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29
- 臓器移植記録書式例（省令第7条）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32
- 不使用臓器記録書式例（省令第15条第2項）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 34
- 移植術実施の説明記録書式例（省令第16条）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 35

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）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 37
- 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）・・・・・・・・・・・・ 38
- 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）・・・・・・・・・・・・ 39
- 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）・・・・・・・・ 40

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）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 41

4 その他

- 臓器のあっせんの帳簿書式例（省令第13条）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 44

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）

(18歳未満の者に脳死判定を行う場合：省令第5条第1項)

法的脳死判定記録書

(18歳未満の者に脳死判定を行う場合)

※ この記録書では、法的脳死判定を実施しながら、下線部に必要事項を記入し、該当するチェックボックス (□) に✓印を入れることができます。

脳死判定を受けた者

氏名 _____

住所 _____

性別 _____

生年月日 _____年 _____月 _____日生 _____歳 18歳未満である

脳死判定を承諾した家族

代表者氏名 _____

住所 _____

脳死判定を受けた者との続柄 _____

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

(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 (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

イ 本人意思が不明の場合

(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 表示していない

脳死判定への家族の立会の有無

有

無

	<p>【年齢不相応の血圧（収縮期）】 _____ mmHg . <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない</p> <p>参考) ・1歳未満 < 65mmHg ・1歳以上13歳未満 < (年齢×2) + 65mmHg ・13歳以上 < 90mmHg</p> <p>【心拍、心電図等にて重篤な不整脈がある】 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない</p>
<p>薬剤等の影響 (影響がないことが不可欠)</p>	<p>【中枢神経抑制薬、筋弛緩薬等による脳死判定への影響】 <input type="checkbox"/> 影響がある <input type="checkbox"/> 影響がない</p> <p>※影響がないと判断した理由</p> <div data-bbox="437 618 1449 1232" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>(法的脳死判定に影響しうる薬剤の投与終了後、十分に時間が経過し、薬物の影響がないと判断した根拠を記載。)</p> </div> <p>参考) 鎮静薬、抗痙攣薬、鎮痛薬、筋弛緩薬の例 ミダゾラム、ジアゼパム、プロポフォール、フェンタニル、フェニトイン (ホスフェニトイン)、バルビツール酸、塩酸モルヒネ、臭化ベクロニウム、臭化ロクロニウム など</p> <p><薬物スクリーニングにより把握した薬物> <input type="checkbox"/> スクリーニング実施せず <input type="checkbox"/> 実施</p> <div data-bbox="445 1612 1445 1977" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>(方法及び結果を記載)</p> </div>

第 1 回法的脳死判定

検査開始日時： ___月___日___時___分

【開始時確認事項】

開始時体温： ___℃ (測定部位： ___) ※深部温に限る。

確認) ・ 6 歳未満 $\geq 35^{\circ}\text{C}$ ・ 6 歳以上 $\geq 32^{\circ}\text{C}$

開始時血圧： ___/___ mmHg

確認) 収縮期

- ・ 1 歳未満 $\geq 65\text{mmHg}$
- ・ 1 歳以上 13 歳未満 $\geq (\text{年齢} \times 2) + 65\text{mmHg}$
- ・ 13 歳以上 $\geq 90\text{mmHg}$

開始時心拍数： ___回/分

重篤な不整脈がないことを確認

昇圧薬 (カテコラミン・バソプレシン等) の使用： 有 (薬品名 _____) 無

中枢性神経抑制薬、筋弛緩薬等の薬物の影響： (3) ページ参照

脳死判定に影響しないことを確認

姿勢・運動の確認 (すべて無であることを確認すること)

- 自発運動 : 有 無
- 除脳硬直 : 有 無
- 除皮質硬直 : 有 無
- けいれん : 有 無
- ミオクローヌス : 有 無

【法的脳死判定での確認事項】

意識レベル JCS : ___ かつ GCS : E ___ V ___ M ___ (合計 ___)

瞳孔径 4mm 以上 : 右) ___ mm 左) ___ mm

瞳孔固定 右) 有 無 左) 有 無

脳幹反射

対光反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
角膜反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
毛様脊髄反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
眼球頭反射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
前庭反射 ^{※)}	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
咽頭反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
咳反射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

※) 前庭反射の確認は、氷水刺激によるものとする。

脳波

記録時刻 ____月__日__時__分 ~ ____月__日__時__分

実際に記録した正味時間 _____分 連続 30 分以上である

注意事項

- ・脳波検査を行う際は、アーチファクト混入を防止し、適切に脳波測定を行うため、外部環境、周辺機器のチェックや電極配置等に十分留意すること。
- ・少なくとも 4 誘導の同時記録を単極導出（基本電極導出）及び双極導出で行うこと。

脳波所見

総合判定： 平坦脳波 (ECI) 非平坦脳波 判定不能

備考欄

補助検査

- ・聴性脳幹誘発反応

施行（以下に内容を記載） 施行せず

結果

I 波のみ I ~ V 波すべて消失 その他 (_____)

- ・その他の検査

検査名及び結果

無呼吸テスト

(無呼吸テスト開始前)

- 100%酸素で10分間人工呼吸を行う。
- テスト開始直前にPaCO₂レベルを確認する。(おおよそ35~45mmHgであること)
- 気管内吸引用カテーテルを気管内チューブの先端部分から気管分岐部直前の間に挿入する。さらに、カテーテルの先端が適切な位置にあることを確認する。(胸部X線写真など)
または、6歳未満(6歳未満の体格に相当する小児)であれば、気管チューブにT-ピースを装着する。

(無呼吸テスト中)

- 6L/分の100%酸素を投与する。
- 自発呼吸の有無を、胸部または腹部に手掌をあてるなどして慎重に判断する。
6歳未満の小児(6歳未満の体格に相当する小児)においては、目視による観察と胸部聴診を行う。

	テスト 開始直前 (:)	テスト 開始時刻 ^① (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)
PaCO ₂ (mmHg)		/				
PaO ₂ (mmHg)						
血圧(mmHg)	/		/	/	/	/
SpO ₂ (%)						

	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	人工呼吸 再開時刻 (:)	人工呼吸 再開_分後 (:)
PaCO ₂ (mmHg)					/	/
PaO ₂ (mmHg)						
血圧(mmHg)	/	/		/	/	
SpO ₂ (%)						

(留意点)

- ① テスト開始とは、人工呼吸を中止した時点を目指す。
- ② 血液ガス分析は2~3分毎に行うこと。
- ③ 酸素化には十分な注意を払い、特に酸素化能低下・血圧低下等により継続が危険と判断した場合はテストを中止すること。
- ④ PaCO₂が60mmHg以上になった時点で無呼吸を確認する。

無呼吸テスト中の昇圧薬(カテコラミン・バソプレシン等)の使用: 有(薬品名_____) 無

無呼吸テスト中の重篤な不整脈: 有 無

テスト結果: 自発呼吸の消失を確認 自発呼吸あり その他(_____)

【その他判定を行った医師が特に必要と認めた事項】

【終了時確認事項】

終了日時： ___月___日___時___分

終了時体温： ___℃ (測定部位：___) ※深部温に限る。

確認) ・ 6 歳未満 $\geq 35^{\circ}\text{C}$ ・ 6 歳以上 $\geq 32^{\circ}\text{C}$

終了時血圧： ___ / ___ mmHg

確認) 収縮期

・ 1 歳未満 $\geq 65\text{mmHg}$

・ 1 歳以上 13 歳未満 $\geq (\text{年齢} \times 2) + 65\text{mmHg}$

・ 13 歳以上 $\geq 90\text{mmHg}$

終了時心拍数： ___ 回 / 分

重篤な不整脈がないことを確認

第 2 回法的脳死判定

※第 2 回法的脳死判定は、第 1 回法的脳死判定の終了時点から 6 時間以上（6 歳未満は 24 時間以上）経過してから開始する。

検査開始日時：___月___日___時___分

【開始時確認事項】

開始時体温：___℃（測定部位：___）※深部温に限る。

確認）・ 6 歳未満 ≥ 35℃ ・ 6 歳以上 ≥ 32℃

開始時血圧：___/___ mmHg

確認）収縮期

- ・ 1 歳未満 ≥ 65mmHg
- ・ 1 歳以上 13 歳未満 ≥ (年齢×2) + 65mmHg
- ・ 13 歳以上 ≥ 90mmHg

開始時心拍数：___回/分

重篤な不整脈がないことを確認

昇圧薬（カテコラミン・バソプレシン等）の使用：有（薬品名___）無

中枢性神経抑制薬、筋弛緩薬等の薬物の影響：(3)ページ参照

脳死判定に影響しないことを確認

姿勢・運動の確認（すべて無であることを確認すること）

- 自発運動：有 無
- 除脳硬直：有 無
- 除皮質硬直：有 無
- けいれん：有 無
- ミオクローヌス：有 無

【法的脳死判定での確認事項】

意識レベル JCS：___ かつ GCS：E ___ V ___ M ___（合計 ___）

瞳孔径 4mm 以上：右) ___ mm 左) ___ mm

瞳孔固定 右) 有 無 左) 有 無

脳幹反射

対光反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
角膜反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
毛様脊髄反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
眼球頭反射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
前庭反射 ^{※)}	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
咽頭反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
咳反射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

※) 前庭反射の確認は、氷水刺激によるものとする。

脳波

記録時刻 ___月___日___時___分 ~ ___月___日___時___分

実際に記録した正味時間 _____分 連続 30 分以上である

注意事項

- ・脳波検査を行う際は、アーチファクト混入を防止し、適切に脳波測定を行うため、外部環境、周辺機器のチェックや電極配置等に十分留意すること。
- ・少なくとも 4 誘導の同時記録を単極導出（基本電極導出）及び双極導出で行うこと。

脳波所見

総合判定： 平坦脳波 (ECI) 非平坦脳波 判定不能

備考欄

補助検査

- ・聴性脳幹誘発反応

施行（以下に内容を記載） 施行せず

結果

I 波のみ I ~ V 波すべて消失 その他 (_____)

- ・その他の検査

検査名及び結果

無呼吸テスト

(無呼吸テスト開始前)

- 100%酸素で 10 分間人工呼吸を行う。
- テスト開始直前に PaCO₂ レベルを確認する。(おおよそ 35~45mmHg であること)
- 気管内吸引用カテーテルを気管内チューブの先端部分から気管分岐部直前の間に挿入する。さらに、カテーテルの先端が適切な位置にあること確認する。(胸部 X 線写真など)
または、6 歳未満 (6 歳未満の体格に相当する小児) であれば、気管チューブに T-ピースを装着する。

(無呼吸テスト中)

- 6L/分の 100%酸素を投与する。
- 自発呼吸の有無を、胸部または腹部に手掌をあてるなどして慎重に判断する。
6 歳未満の小児 (6 歳未満の体格に相当する小児) においては、目視による観察と胸部聴診を行う。

	テスト 開始直前 (:)	テスト 開始時刻 ^① (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)
PaCO ₂ (mmHg)		/				
PaO ₂ (mmHg)						
血圧(mmHg)	/		/	/	/	/
SpO ₂ (%)						

	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	人工呼吸 再開時刻 (:)	人工呼吸 再開__分後 (:)
PaCO ₂ (mmHg)					/	/
PaO ₂ (mmHg)						
血圧(mmHg)	/	/		/	/	
SpO ₂ (%)						

(留意点)

- ① テスト開始とは、人工呼吸を中止した時点を目指す。
- ② 血液ガス分析は 2~3 分毎に行うこと。
- ③ 酸素化には十分な注意を払い、特に酸素化能低下・血圧低下等により継続が危険と判断した場合はテストを中止すること。
- ④ PaCO₂が 60mmHg 以上になった時点で無呼吸を確認する。

無呼吸テスト中の昇圧薬 (カテコラミン・バソプレシン等) の使用: 有 (薬品名 _____) 無
無呼吸テスト中の重篤な不整脈: 有 無

テスト結果: 自発呼吸の消失を確認 自発呼吸あり その他 (_____)

【その他判定を行った医師が特に必要と認めた事項】

【終了時確認事項】

終了日時：___月___日___時___分

終了時体温：___℃（測定部位：___）※深部温に限る。

確認) ・ 6歳未満 $\geq 35^{\circ}\text{C}$ ・ 6歳以上 $\geq 32^{\circ}\text{C}$

終了時血圧：___/___ mmHg

確認) 収縮期

・ 1歳未満 $\geq 65\text{mmHg}$

・ 1歳以上13歳未満 $\geq (\text{年齢} \times 2) + 65\text{mmHg}$

・ 13歳以上 $\geq 90\text{mmHg}$

終了時心拍数：___回/分

重篤な不整脈がないことを確認

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回脳死判定終了時刻）

_____年 _____月 _____日 _____時 _____分

判定医療機関

名称 _____ 所在地 _____

判定医

（第1回目判定医）

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科

（記名押印 又は 自筆署名）

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科

（記名押印 又は 自筆署名）

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科

（記名押印 又は 自筆署名）

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科

（記名押印 又は 自筆署名）

所属医療機関の名称及び所在地 _____

（第2回目判定医）

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科

（記名押印 又は 自筆署名）

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科

（記名押印 又は 自筆署名）

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科

（記名押印 又は 自筆署名）

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科

（記名押印 又は 自筆署名）

所属医療機関の名称及び所在地 _____

<添付文書>

- 脳死判定に当たって記録した脳波の記録（記録番号_____）
- 家族が脳死判定を拒まない・承諾する旨を表示した書面
- 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
 - 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
 - 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
 - なし

(18歳以上の者に脳死判定を行う場合：省令第5条第1項)

法的脳死判定記録書

(18歳以上の者に脳死判定を行う場合)

※ この記録書では、法的脳死判定を実施しながら、下線部に必要事項を記入し、該当するチェックボックス (□) に✓印を入れることができます。

脳死判定を受けた者

氏名 _____

住所 _____

性別 _____

生年月日 _____年 _____月 _____日生 _____歳 18歳以上である

脳死判定を承諾した家族

代表者氏名 _____

住所 _____

脳死判定を受けた者との続柄 _____

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

(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 (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

イ 本人意思が不明の場合

(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 表示していない

脳死判定への家族の立会の有無

有

無

<p>薬剤等の影響 (影響がないことが不可欠)</p>	<p>【中枢神経抑制薬、筋弛緩薬等による脳死判定への影響】 <input type="checkbox"/>影響がある <input type="checkbox"/>影響がない</p> <p>※影響がないと判断した理由</p> <div data-bbox="438 369 1444 1243" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>(法的脳死判定に影響しうる薬剤の投与終了後、十分に時間が経過し、薬物の影響がないと判断した根拠を記載。)</p></div> <p>参考) 鎮静薬、抗痙攣薬、鎮痛薬、筋弛緩薬の例 ミダゾラム、ジアゼパム、プロポフォール、フェンタニル、フェニトイン (ホスフェニトイン)、バルビツール酸、塩酸モルヒネ、臭化ベクロニウム、臭化ロクロニウム など</p> <p><薬物スクリーニングにより把握した薬物></p> <p><input type="checkbox"/>スクリーニング実施せず <input type="checkbox"/>実施</p> <div data-bbox="454 1612 1444 2027" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>(方法及び結果を記載)</p></div>
---------------------------------	---

第 1 回法的脳死判定

検査開始日時： ____月 ____日 ____時 ____分

【開始時確認事項】

開始時体温： ____℃ (測定部位： ____) ※深部温に限る。

確認) 6 歳以上 $\geq 32^{\circ}\text{C}$

開始時血圧： ____ / ____ mmHg

確認) 収縮期血圧 13 歳以上 $\geq 90\text{mmHg}$

開始時心拍数： ____ 回 / 分

重篤な不整脈がないことを確認

昇圧薬 (カテコラミン・バソプレシン等) の使用： 有 (薬品名 _____) 無

中枢性神経抑制薬、筋弛緩薬等の薬物の影響： (3) ページ参照

脳死判定に影響しないことを確認

姿勢・運動の確認 (すべて無であることを確認すること)

自発運動 : 有 無

除脳硬直 : 有 無

除皮質硬直 : 有 無

けいれん : 有 無

ミオクローヌス : 有 無

【法的脳死判定での確認事項】

意識レベル JCS : ____ かつ GCS : E ____ V ____ M ____ (合計 ____)

瞳孔径 4mm 以上 : 右) ____ mm 左) ____ mm

瞳孔固定 右) 有 無 左) 有 無

脳幹反射

対光反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
角膜反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
毛様脊髄反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
眼球頭反射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
前庭反射 ^{※)}	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
咽頭反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
咳反射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

※) 前庭反射の確認は、氷水刺激によるものとする。

脳波

記録時刻 ____月__日__時__分 ~ ____月__日__時__分

実際に記録した正味時間 _____分 連続 30 分以上である

注意事項

- ・脳波検査を行う際は、アーチファクト混入を防止し、適切に脳波測定を行うため、外部環境、周辺機器のチェックや電極配置等に十分留意すること。
- ・少なくとも 4 誘導の同時記録を単極導出（基本電極導出）及び双極導出で行うこと。

脳波所見

総合判定： 平坦脳波 (ECI) 非平坦脳波 判定不能

備考欄

補助検査

- ・聴性脳幹誘発反応

施行（以下に内容を記載） 施行せず

結果

I 波のみ I ~ V 波すべて消失 その他 (_____)

- ・その他の検査

検査名及び結果

無呼吸テスト

(無呼吸テスト開始前)

- 100%酸素で 10 分間人工呼吸を行う。
- テスト開始直前に PaCO₂ レベルを確認する。(おおよそ 35~45mmHg であること)
- 気管内吸引用カテーテルを気管内チューブの先端部分から気管分岐部直前の間に挿入する。
- カテーテルの先端が適切な位置にあること確認する。(胸部 X 線写真など)

(無呼吸テスト中)

- 6L/分の 100%酸素を投与する。
- 自発呼吸の有無を、胸部または腹部に手掌をあてるなどして慎重に判断する。

	テスト 開始直前 (:)	テスト 開始時刻 ^① (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)
PaCO ₂ (mmHg)		/				
PaO ₂ (mmHg)						
血圧(mmHg)	/		/	/	/	/
SpO ₂ (%)						

	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	人工呼吸 再開時刻 (:)	人工呼吸 再開 分後 (:)
PaCO ₂ (mmHg)					/	/
PaO ₂ (mmHg)						
血圧(mmHg)	/	/		/	/	
SpO ₂ (%)						

(留意点)

- ① テスト開始とは、人工呼吸を中止した時点を目指す。
- ② 血液ガス分析は 2~3 分毎に行うこと。
- ③ 酸素化には十分な注意を払い、特に酸素化能低下・血圧低下等により継続が危険と判断した場合はテストを中止すること。
- ④ PaCO₂ が 60mmHg 以上になった時点で無呼吸を確認する。

無呼吸テスト中の昇圧薬 (カテコラミン・バソプレシン等) の使用: 有 (薬品名 _____) 無
 無呼吸テスト中の重篤な不整脈: 有 無

テスト結果: 自発呼吸の消失を確認 自発呼吸あり その他 (_____)

18 歳以上

【その他判定を行った医師が特に必要と認めた事項】

【終了時確認事項】

終了日時：___月___日___時___分

終了時体温：___℃（測定部位：___）※深部温に限る。
確認）6歳以上 $\geq 32^{\circ}\text{C}$

終了時血圧：___/___ mmHg
確認）収縮期血圧 13歳以上 $\geq 90\text{mmHg}$

終了時心拍数：___回/分

重篤な不整脈がないことを確認

第 2 回法的脳死判定

※第 2 回法的脳死判定は、第 1 回法的脳死判定の終了時点から 6 時間以上経過してから開始する。

検査開始日時： ____月 ____日 ____時 ____分

【開始時確認事項】

開始時体温： ____℃ (測定部位： ____) ※深部温に限る。

確認) 6 歳以上 $\geq 32^{\circ}\text{C}$

開始時血圧： ____ / ____ mmHg

確認) 収縮期血圧 13 歳以上 $\geq 90\text{mmHg}$

開始時心拍数： ____ 回 / 分

重篤な不整脈がないことを確認

昇圧薬の使用： 有 (薬品名 ____) 無

中枢性神経抑制薬、筋弛緩薬等の薬物の影響： (3) ページ参照

脳死判定に影響しないことを確認

姿勢・運動の確認 (すべて無であることを確認すること)

自発運動 : 有 無

除脳硬直 : 有 無

除皮質硬直 : 有 無

けいれん : 有 無

ミオクローヌス : 有 無

【法的脳死判定での確認事項】

意識レベル JCS : ____ かつ GCS : E ____ V ____ M ____ (合計 ____)

瞳孔径 4mm 以上 : 右) ____ mm 左) ____ mm

瞳孔固定 右) 有 無 左) 有 無

脳幹反射

対光反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
角膜反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
毛様脊髄反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
眼球頭反射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
前庭反射 ^{※)}	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
咽頭反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
咳反射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

※) 前庭反射の確認は、氷水刺激によるものとする。

脳波

記録時刻 月 日 時 分 ~ 月 日 時 分

実際に記録した正味時間 分 連続 30 分以上である

注意事項

- ・脳波検査を行う際は、アーチファクト混入を防止し、適切に脳波測定を行うため、外部環境、周辺機器のチェックや電極配置等に十分留意すること。
- ・少なくとも 4 誘導の同時記録を単極導出（基本電極導出）及び双極導出で行うこと。

脳波所見

総合判定： 平坦脳波 (ECI) 非平坦脳波 判定不能

備考欄

補助検査

- ・聴性脳幹誘発反応

施行（以下に内容を記載） 施行せず

結果

I 波のみ I ~ V 波すべて消失 その他 ()

- ・その他の検査

検査名及び結果

無呼吸テスト

(無呼吸テスト開始前)

- 100%酸素で 10 分間人工呼吸を行う。
- テスト開始直前に PaCO₂ レベルを確認する。(おおよそ 35~45mmHg であること)
- 気管内吸引用カテーテルを気管内チューブの先端部分から気管分岐部直前の間に挿入する。
- カテーテルの先端が適切な位置にあること確認する。(胸部 X 線写真など)

(無呼吸テスト中)

- 6L/分の 100%酸素を投与する。
- 自発呼吸の有無を、胸部または腹部に手掌をあてるなどして慎重に判断する。

	テスト 開始直前 (:)	テスト 開始時刻 ^① (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)
PaCO ₂ (mmHg)		/				
PaO ₂ (mmHg)						
血圧(mmHg)	/		/	/	/	/
SpO ₂ (%)						

	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	人工呼吸 再開時刻 (:)	人工呼吸 再開_分後 (:)
PaCO ₂ (mmHg)					/	/
PaO ₂ (mmHg)						
血圧(mmHg)	/	/		/	/	
SpO ₂ (%)						

(留意点)

- ① テスト開始とは、人工呼吸を中止した時点を指す。
- ② 血液ガス分析は 2~3 分毎に行うこと。
- ③ 酸素化には十分な注意を払い、特に酸素化能低下・血圧低下等により継続が危険と判断した場合はテストを中止すること。
- ④ PaCO₂ が 60mmHg 以上になった時点で無呼吸を確認する。

無呼吸テスト中の昇圧薬 (カテコラミン・バソプレシン等) の使用: 有 (薬品名 _____) 無

無呼吸テスト中の重篤な不整脈: 有 無

テスト結果: 自発呼吸の消失を確認 自発呼吸あり その他 (_____)

【その他判定を行った医師が特に必要と認めた事項】

【終了時確認事項】

終了日時： ___月 ___日 ___時 ___分

終了時体温： _____℃（測定部位： _____）※深部温に限る。

確認) 6 歳以上 $\geq 32^{\circ}\text{C}$

終了時血圧： _____ / _____ mmHg

確認) 収縮期血圧 13 歳以上 $\geq 90\text{mmHg}$

終了時心拍数： _____ 回/分

重篤な不整脈がないことを確認

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 回脳死判定終了時刻)

_____年_____月_____日 _____時_____分

判定医療機関

名称 _____ 所在地 _____

判定医

(第 1 回目判定医)

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
(記名押印 又は 自筆署名)

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
(記名押印 又は 自筆署名)

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
(記名押印 又は 自筆署名)

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
(記名押印 又は 自筆署名)

所属医療機関の名称及び所在地 _____

(第 2 回目判定医)

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
(記名押印 又は 自筆署名)

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
(記名押印 又は 自筆署名)

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
(記名押印 又は 自筆署名)

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
(記名押印 又は 自筆署名)

所属医療機関の名称及び所在地 _____

<添付文書>

- 脳死判定に当たって記録した脳波の記録（記録番号_____）
- 家族が脳死判定を拒まない・承諾する旨を表示した書面
- 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
 - 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
 - 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
 - なし

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

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1.6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〕

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。

病院長 _____ 殿

移植コーディネーター使用欄 ＜本人意思の確認＞ <input type="checkbox"/> ドナーカード、保険証、免許証等の文書 <input type="checkbox"/> 臓器提供意思登録システム <input type="checkbox"/> 御家族に対する確認
--

公益社団法人 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 公益社団法人 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。

_____ 病院長 _____ 殿

公益社団法人 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 公益社団法人 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)

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

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) ・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。

移植コーディネーター使用欄 <本人意思の確認> <input type="checkbox"/> ドナーカード、保険証、免許証等の文書 <input type="checkbox"/> 臓器提供意思登録システム <input type="checkbox"/> 御家族に対する確認
--

_____ 病院長 _____ 殿

公益社団法人 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 公益社団法人 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、公益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 _____

公益社団法人 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

公益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・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）

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）

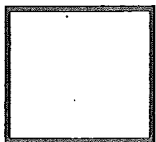
あっせんを行った年月日

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って、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



例目

(事務局にて記載)

脳死下臓器提供に関する検証資料フォーマット

(平成26年2月改定)

施設名

患者イニシャル及びID

生年月日

大・昭・平 年 月 日生 才 (男・女)

記載責任者

_____ 印

記載年月日

_____ 年 月 日

目次

1. 経過のサマリー・コメント	1
2. 病院前救護	2
1) 救急車の要請から来院までの経過	2
3. 来院時の所見・処置等	3
1) 来院時所見	3
2) 受診時の所見・処置	3
3) 初回画像所見	4
4) 病名	4
4. 治療方法と家族への説明	5
5. 原疾患の治療	6
1) 手術	6
2) 入院後の管理	7
3) 経過中の画像所見など	11
6. 法的脳死判定開始前の状態	12
1) 脳病変の推移	12
2) 神経症状	12
7. 脳死とされうる状態の診断時	13
1) 留意事項	13
2) 脳死とされうる状態の診断	15
8. 意思確認について	19
9. 検視等について	20
10. 法的脳死判定における脳波検査について	21
1) 脳波（第1回法的脳死判定時）	21
2) 脳波（第2回法的脳死判定時）	24

1. 経過のサマリー・コメント

診断名：

①病院前対応

②来院時・初期治療

③入院後の経過（入院後の合併症に関する経過も記載）

④脳死に至った病態の経緯

例) 脳動脈瘤破裂→くも膜下出血→動脈瘤再破裂→脳腫脹→脳ヘルニア→脳死

経過表（血圧や体温等、また可能な限り尿量、身体所見、検査、処置や薬剤投与状況等の治療経過がわかるもの）を添付。

2. 病院前救護

(救急隊によって搬送された以外の症例については、次頁「3、来院時の所見・処置等」から記入)

1) 救急車要請から来院までの経過	
① 救急車要請の状況	
② 時刻 (記載可能な場合)	平成____年____月____日 覚知：____時____分 現着：____時____分 現発：____時____分 病着：____時____分
③ 救急隊現場到着時 の症状 (記載可能な場合)	【意識水準】：JCS：____, GCS____ 【自発呼吸】： <input type="checkbox"/> 有, <input type="checkbox"/> 無 【心拍】：____/分, (整, 不整) 【血圧】：____/____ mmHg 【瞳孔径】：右____ mm 左____ mm 【瞳孔散大】：右) <input type="checkbox"/> 有, <input type="checkbox"/> 無 左) <input type="checkbox"/> 有, <input type="checkbox"/> 無 【対光反射】：右) <input type="checkbox"/> 有, <input type="checkbox"/> 無 左) <input type="checkbox"/> 有, <input type="checkbox"/> 無
④ 搬送途中の対応・ 処置	【酸素投与】： <input type="checkbox"/> 有, <input type="checkbox"/> 無 【呼吸補助】： <input type="checkbox"/> 有, <input type="checkbox"/> 無 方法：_____ 【心肺蘇生術(胸骨圧迫などのCPR)】： <input type="checkbox"/> 有, <input type="checkbox"/> 無 【その他の処置】
⑤ 搬送途中の症状 変化	

	<p>【動脈血液ガス分析】：(換気条件：F_IO₂____, モード____)</p> <p>pH _____、PaO₂_____ mmHg、PaCO₂_____ mmHg</p> <p>BE _____、SpO₂_____ %</p>
3) 初回画像所見	
<input type="checkbox"/> CT、または <input type="checkbox"/> MRI 所見	<p>【施行日時】平成____年____月____日____時、発症後____時間</p> <p>【所見及び診断】 (脳浮腫の程度や病期・重症度なども記載・Fisher 分類なども記載)</p>
その他の画像所見 (胸部レントゲン等)	<p>【施行日時】平成____年____月____日____時、発症後____時間</p> <p>【所見及び診断】</p>
4) 病名	
①主病名	
②その他の病名	
③病歴	<p>【既存症】 (入院前に発症し、継続的な管理を必要とする疾患を記載。治療中のものは、治療も記載。)</p>
	<p>【既往歴】(過去の手術歴など。)</p>

4. 治療方法と家族への説明

(診断と、治療法の選択に至った根拠、入院後の治療経過を記載)

①治療方針 (入院後の経過・治療内容の概要を含む。)

② 家族への説明
(診療録のコピーでも可)

5. 原疾患の治療

1) 手術： <input type="checkbox"/> 有（施行日：平成____年____月____日____時____分、発症後____時間）、 <input type="checkbox"/> 無	
① 手術適応 <input type="checkbox"/> 有 , <input type="checkbox"/> 無	
② 判断理由	
(手術有りの場合) ③ 手術術式	(手術無しの場合) ③ 保存的治療の内容について
④ 術中所見・手術時間	
⑤ 術後経過	

2) 入院後の管理

①入院日時 (集中治療室入室日時) : 平成____年____月____日____時____分

②全身管理

【呼吸管理】

・自発呼吸消失を確認 : ____月____日____時____分

	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
自発呼吸の有無							
全身状態							
呼吸器							
モード							
F _I O ₂							
血液ガス分析							
pH							
PaO ₂ (mmHg)							
PaCO ₂ (mmHg)							
BE							
SpO ₂ (%)							

※上記表に、

- 1) 来院時
 - 2) 呼吸器のモードを変更した時など、状態が大きく変わった時のデータ
 - 3) 脳死とされうる状態診断直前のデータ
- を記載。

コメント (ALI, ARDS 等)

【水・電解質管理】

尿崩症 有 (有の場合下記を記入)、無

発症日時 : ____月____日

治療 : (補液、薬物投与の内容、治療開始日等)

	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
尿量 (ml/日)							
尿比重							
血清 Na (mEq/L)							
血清 K (mEq/L)							
血清 Cl (mEq/L)							

※上記表に、入室時から脳死とされうる状態診断開始までの水・電解質の時系列を記載。
(検査を行った日のデータのみで可。)

【循環管理】 昇圧薬 (カテコラミン・バソプレシン等) 有 (有の場合下記を記入)、無

投与薬物名	使用量 (単位)		投与期間	
	最大投与量	最小投与量	投与開始日時	投与中止日時
<input type="checkbox"/> ()			月 日 (時 分)	月 日 (時 分)
<input type="checkbox"/> ()			月 日 (時 分)	月 日 (時 分)
<input type="checkbox"/> ()			月 日 (時 分)	月 日 (時 分)
<input type="checkbox"/> ()			月 日 (時 分)	月 日 (時 分)
<input type="checkbox"/> ()			月 日 (時 分)	月 日 (時 分)
<input type="checkbox"/> ()			月 日 (時 分)	月 日 (時 分)

※上記表に投与薬物名及び投与量について記載。

薬物の投与量は、単回投与の場合は単回投与量、持続投与の場合は、時間投与量 (例: 〇mg/kg/hr) を記載。

コメント (ショックの有無等、循環動態が大きく変わった時の状況について 等)

【頭蓋内圧測定】 有 (有の場合下記を記入)、無

初圧 _____ mmHg (脳灌流圧 _____ mmHg)

最高値 _____ mmHg (脳灌流圧 _____ mmHg)

【過換気療法】 有 (有の場合下記を記入)、無

施行日: _____ ~ _____

【低体温療法】 有 (有の場合下記を記入)、無

施行日: _____ ~ _____ 目標温度: _____ °C (測定部位) _____

【バルビタール療法】 有 (有の場合下記を記入)、無

施行日: _____ ~ _____

【その他】

_____ : 施行日: _____ ~ _____

_____ : 施行日: _____ ~ _____

コメント

【神経系の管理】

- ・脳圧降下薬の投与の有無等

_____ : 投与日 : _____ ~ _____

_____ : 投与日 : _____ ~ _____

コメント

【入院後合併症の管理】

- ・合併症の有無 有 無

- ・合併症有りの場合

病名 :

経過・治療概要 :

バイタルサインおよび 検査値	治療開始時 (月 日)	最高値		最低値		脳死とされうる状 態と診断された時 (月 日)
		日付		日付		
血圧(O/OmmHg)						
体温 (°C) (測定部位も記載)						
PaO ₂ /F ₁ O ₂ (P/F 値)						
Hb (g/dl)						
Ht (%)						
CVP (mmHg)						
尿量(ml/日)						
尿比重						
血清 Na (mEq/l)						
血清 K(mEq/l)						
CRP (mg/dl)						
WBC (/mm ³)						
総蛋白 (g/dl)						
アルブミン (g/dl)						
血糖(mg/dl)						
その他						

上記表に記載できない場合には、必ず上記の項目を含む血液検査の時系列および経過表を提出。

3) 経過中の画像所見など：□有（有の場合下記に記入）、 □無
 （※来院時から脳死とされうる状態の診断時までに行った全ての画像所見に関して記載。）

月 日 時 分 発症 時間後 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 ()	所見
月 日 時 分 発症 時間後 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 ()	所見
月 日 時 分 発症 時間後 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 ()	所見
月 日 時 分 発症 時間後 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 ()	所見

6、法的脳死判定開始前の状態

1) 脳病変の推移	
2) 神経症状	

7. 脳死とされうる状態の診断時

1) 留意事項	<p>【人工呼吸の継続時間】 人工呼吸開始: ___月___日___時___分 ~ 脳死とされうる状態の診断開始 ___月___日___時___分 (通算___時間)</p> <p>【深昏睡の持続時間】 深昏睡確認: ___月___日___時___分 ~ 脳死とされうる状態の診断開始 ___月___日___時___分 (通算___時間)</p> <p>【脳死判定に影響し得る薬物効果の除外】 ・鎮静薬、抗痙攣薬: <input type="checkbox"/>有 (有の場合下記を記入)、<input type="checkbox"/>無</p>																																																																	
※脳死判定開始時に使用されていなくても、脳死とされうる状態と診断するまでに使用があった場合、記載。	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">使用薬物の名称</th> <th style="width: 10%;">総使用量 (単位)</th> <th style="width: 15%;">投与開始日時</th> <th style="width: 15%;">投与中止日時</th> <th style="width: 10%;">投与中止後経過時間 (時間)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/>ミダゾラム</td> <td></td> <td>月 日 時 分</td> <td>月 日 時 分</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>ジアゼパム</td> <td></td> <td>月 日 時 分</td> <td>月 日 時 分</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>プロポフォール</td> <td></td> <td>月 日 時 分</td> <td>月 日 時 分</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>フェンタニール</td> <td></td> <td>月 日 時 分</td> <td>月 日 時 分</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>フェニトイン (ホスフェニトイン)</td> <td></td> <td>月 日 時 分</td> <td>月 日 時 分</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>バルビタール</td> <td></td> <td>月 日 時 分</td> <td>月 日 時 分</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>塩酸モルヒネ</td> <td></td> <td>月 日 時 分</td> <td>月 日 時 分</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>その他 (_____)</td> <td></td> <td>月 日 時 分</td> <td>月 日 時 分</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>※1 薬物の総使用量は、薬物使用中に投与した総使用量 (おおよその値) または、持続投与の場合は、時間投与量 (例: 〇~〇mg/kg/hr) を記載。 ※2 投与中止後経過時間は、投与中止日時から脳死とされうる状態の診断開始までの時間を指す。</p> <p>・筋弛緩薬: <input type="checkbox"/>有 (有の場合下記を記入)、<input type="checkbox"/>無 筋弛緩薬使用の場合、神経刺激装置による判定: <input type="checkbox"/>有, <input type="checkbox"/>無</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">使用薬物の名称</th> <th style="width: 10%;">使用量 (単位)</th> <th style="width: 15%;">投与開始日時</th> <th style="width: 15%;">投与中止日時</th> <th style="width: 10%;">投与中止後経過時間 (時間)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/>臭化ベクロニウム</td> <td></td> <td>月 日 時 分</td> <td>月 日 時 分</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>臭化ロクロニウム</td> <td></td> <td>月 日 時 分</td> <td>月 日 時 分</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>その他 (_____)</td> <td></td> <td>月 日 時 分</td> <td>月 日 時 分</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>※1 薬物の総使用量は、薬物使用中に投与した総使用量 (おおよその値) または、持続投与の場合は、時間投与量 (例: 〇~〇mg/kg/hr) を記載。 ※2 投与中止後経過時間は、投与中止日時から脳死とされうる状態の診断開始までの時間を指す。</p>	使用薬物の名称	総使用量 (単位)	投与開始日時	投与中止日時	投与中止後経過時間 (時間)	<input type="checkbox"/> ミダゾラム		月 日 時 分	月 日 時 分		<input type="checkbox"/> ジアゼパム		月 日 時 分	月 日 時 分		<input type="checkbox"/> プロポフォール		月 日 時 分	月 日 時 分		<input type="checkbox"/> フェンタニール		月 日 時 分	月 日 時 分		<input type="checkbox"/> フェニトイン (ホスフェニトイン)		月 日 時 分	月 日 時 分		<input type="checkbox"/> バルビタール		月 日 時 分	月 日 時 分		<input type="checkbox"/> 塩酸モルヒネ		月 日 時 分	月 日 時 分		<input type="checkbox"/> その他 (_____)		月 日 時 分	月 日 時 分		使用薬物の名称	使用量 (単位)	投与開始日時	投与中止日時	投与中止後経過時間 (時間)	<input type="checkbox"/> 臭化ベクロニウム		月 日 時 分	月 日 時 分		<input type="checkbox"/> 臭化ロクロニウム		月 日 時 分	月 日 時 分		<input type="checkbox"/> その他 (_____)		月 日 時 分	月 日 時 分	
使用薬物の名称	総使用量 (単位)	投与開始日時	投与中止日時	投与中止後経過時間 (時間)																																																														
<input type="checkbox"/> ミダゾラム		月 日 時 分	月 日 時 分																																																															
<input type="checkbox"/> ジアゼパム		月 日 時 分	月 日 時 分																																																															
<input type="checkbox"/> プロポフォール		月 日 時 分	月 日 時 分																																																															
<input type="checkbox"/> フェンタニール		月 日 時 分	月 日 時 分																																																															
<input type="checkbox"/> フェニトイン (ホスフェニトイン)		月 日 時 分	月 日 時 分																																																															
<input type="checkbox"/> バルビタール		月 日 時 分	月 日 時 分																																																															
<input type="checkbox"/> 塩酸モルヒネ		月 日 時 分	月 日 時 分																																																															
<input type="checkbox"/> その他 (_____)		月 日 時 分	月 日 時 分																																																															
使用薬物の名称	使用量 (単位)	投与開始日時	投与中止日時	投与中止後経過時間 (時間)																																																														
<input type="checkbox"/> 臭化ベクロニウム		月 日 時 分	月 日 時 分																																																															
<input type="checkbox"/> 臭化ロクロニウム		月 日 時 分	月 日 時 分																																																															
<input type="checkbox"/> その他 (_____)		月 日 時 分	月 日 時 分																																																															

・その他の薬剤

使用薬物の名称	使用量 (単位)	投与開始日時	投与中止日時	投与中止後 経過時間 (時間)
<input type="checkbox"/> ()		月 日 時 分	月 日 時 分	
<input type="checkbox"/> ()		月 日 時 分	月 日 時 分	
<input type="checkbox"/> ()		月 日 時 分	月 日 時 分	

※1 薬物の総使用量は、薬物使用中に投与した総使用量 (おおよその値) または、持続投与の場合は、時間投与量 (例: 〇~〇mg/kg/hr) を記載。

※2 投与中止後経過時間は、投与中止日時から脳死とされうる状態の診断開始までの時間を指す。

【血中、尿中薬物スクリーニングの有無】

有、 無

(方法、結果について記載)

2) 脳死とされうる状態の診断

検査開始日時： ___月___日___時___分

【開始時確認事項】

開始時体温： _____℃ (測定部位： _____) ※深部温に限る。
 確認) ・ 6歳未満 ≥35℃ ・ 6歳以上 ≥32℃

開始時血圧： _____/_____ mmHg
 確認) 収縮期
 ・ 1歳未満 ≥ 65mmHg
 ・ 1歳以上 13歳未満 ≥ (年齢×2) + 65mmHg
 ・ 13歳以上 ≥ 90mmHg

開始時心拍数： _____回/分
 重篤な不整脈がないことを確認

昇圧薬 (カテコラミン・バソプレシン等) の使用： 有 (薬品名 _____) 無

中枢性神経抑制薬、筋弛緩薬等の薬物の影響：
 脳死判定に影響しないことを確認

姿勢・運動の確認

自発運動 : 有 無
 除脳硬直 : 有 無
 除皮質硬直 : 有 無
 けいれん : 有 無
 ミオクローヌス : 有 無

【確認事項】

意識レベル JCS : _____ GCS : E _____ V _____ M _____ 合計 _____

瞳孔径 4mm 以上 : 右) _____ mm 左) _____ mm

瞳孔固定 右) 有 無 左) 有 無

脳幹反射

対光反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
角膜反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
毛様脊髄反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
眼球頭反射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
前庭反射 ^{※)}	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
咽頭反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
咳反射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

※) 前庭反射の確認は、氷水刺激によるものとする。

脳波

記録時刻 月 日 時 分 ~ 月 日 時 分

実際に記録した正味時間 分 連続 30 分以上である

導出

注) 少なくとも 4 誘導の同時記録を単極導出 (基本電極導出) 及び双極導出で行うこと。

(記載例 C3-A1)

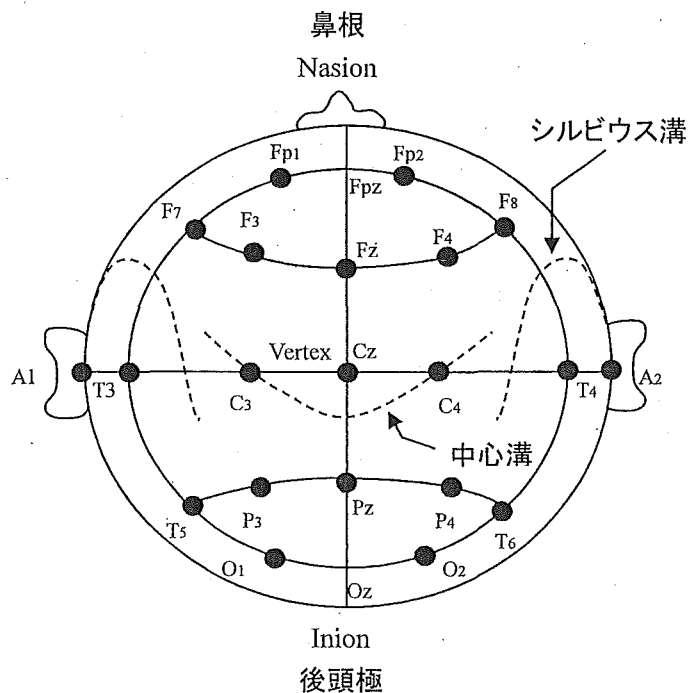
i) 単極導出

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>

ii) 双極導出

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>

注) 外傷・手術で導出部位を変更した場合には下図に記入すること。



記録条件

感度 (いずれも必須)

標準感度 (10 μ V/mm 又はそれより高い感度) : _____ μ V/mm

高感度 (2.5 μ V/mm 又はそれより高い感度) : _____ μ V/mm

時定数 0.3 秒

High cut filter OFF 30Hz 以上

交流遮断用 filter ON OFF

同時記録 心電図 (必須) その他 ()

頭部外モニター (部位:)

例: 前腕内側部 (電極間距離 6~7cm)

較正電圧曲線の記録

標準感度 単極導出 記録

双極導出 記録

高感度 単極導出 記録

双極導出 記録

刺激

標準感度 単極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

双極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

高感度 単極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

双極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

アーチファクト

標準感度 単極導出
 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

双極導出
 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

高感度 単極導出
 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

双極導出
 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

脳波所見

総合判定: 平坦脳波 (ECI) 非平坦脳波 判定不能

補助検査

・聴性脳幹誘発反応

施行 (以下に内容を記載) 施行せず

・刺激側

両耳刺激 片耳刺激 (左耳刺激 右耳刺激)

刺激音強度

最大音圧刺激 (_____dB) その他 (_____dB)

電極配置

Cz-A1 Cz-A2

加算回数 _____回

結果

I波のみ I～V波すべて消失 その他 (_____)

・その他の検査

検査名及び結果

--

備考欄

--

検査終了日時：___月___日___時___分

【終了時確認事項】

終了時体温：___℃（測定部位：___）※深部温に限る。

確認）・6歳未満 ≥35℃ ・6歳以上 ≥32℃

終了時血圧：___/___ mmHg

確認）収縮期

・1歳未満 ≥ 65mmHg

・1歳以上13歳未満 ≥ (年齢×2) + 65mmHg

・13歳以上 ≥ 90mmHg

終了時心拍数：___回/分

重篤な不整脈がないことを確認

以上の結果から、脳死とされうる状態と診断される
脳死とされうる状態と診断できない

8. 意思確認について

・本人意思（意思表示カードの所持の有無等）、家族意思の確認

意思表示カード等の所持：有 無

（有の場合）

意思表示の時期：___年___月___日

意思表示の内容（いずれかに○を記載）

- 1 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。
- 2 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。
- 3 私は、臓器を提供しません。

コーディネーターから臓器提供の説明を聞くかを家族に確認した時期

___年___月___日

日本臓器移植ネットワークへの連絡

___年___月___日

9. 検視^(※)等について

確実に診断された内因性疾患により脳死状態にあることが明らかである者：

該当する 該当しない

(該当しない場合)

脳死判定を行う旨を所轄警察署長に連絡した日時：

___月___日___時___分

検視等の有無：

有 無

(有の場合)

検視等^(※)が行われた日時：

___月___日___時___分～___月___日___時___分

警察署名：_____

(※) 検視等：検視、実況見分、司法解剖、警察官が国家公安委員会規則に基づいて行う死体検分等

10. 法的脳死判定における脳波検査について

1) 脳波 (第1回法的脳死判定時)

記録時刻 ____月__日__時__分 ~ ____月__日__時__分

実際に記録した正味時間 _____分 連続 30 分以上である

導出

注) 少なくとも 4 誘導の同時記録を単極導出 (基本電極導出) 及び双極導出で行うこと。

(記載例 C3-A1)

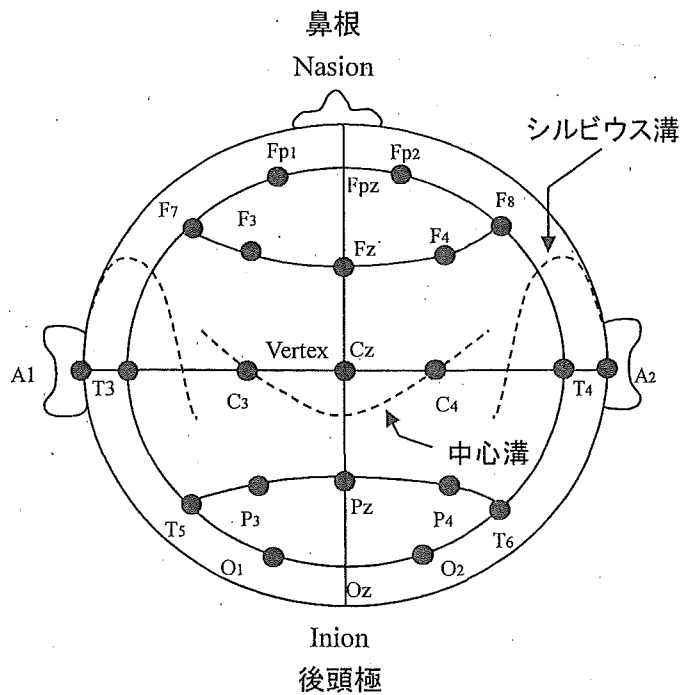
i) 単極導出

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>

ii) 双極導出

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>

注) 外傷・手術で導出部位を変更した場合には下図に記入すること。



記録条件

感度 (いずれも必須)

標準感度 (10 μ V/mm 又はそれより高い感度) : _____ μ V/mm

高感度 (2.5 μ V/mm 又はそれより高い感度) : _____ μ V/mm

時定数 0.3 秒

High cut filter OFF 30Hz 以上

交流遮断用 filter ON OFF

同時記録 心電図 (必須) その他 ()

頭部外モニター (部位:)

例: 前腕内側部 (電極間距離 6~7cm)

較正電圧曲線の記録

標準感度 単極導出 記録

双極導出 記録

高感度 単極導出 記録

双極導出 記録

刺激

標準感度 単極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

双極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

高感度 単極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

双極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

アーチファクト

標準感度 単極導出
 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

双極導出
 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

高感度 単極導出
 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

双極導出
 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

脳波所見

総合判定: 平坦脳波 (ECI) 非平坦脳波 判定不能

補助検査

・聴性脳幹誘発反応

施行 (以下に内容を記載) 施行せず

刺激側

両耳刺激 片耳刺激 (左耳刺激 右耳刺激)

刺激音強度

最大音圧刺激 (_____dB) その他 (_____dB)

電極配置

Cz-A1 Cz-A2

加算回数 _____回

結果

I波のみ I~V波すべて消失 その他 (_____)

・その他の検査

検査名及び結果

--

備考欄

--

2) 脳波 (第2回法的脳死判定時)

記録時刻 __月__日__時__分 ~ __月__日__時__分

実際に記録した正味時間 _____分 連続 30 分以上である

導出

注) 少なくとも 4 誘導の同時記録を単極導出 (基本電極導出) 及び双極導出で行うこと。

(記載例 C3 A1)

導出は第 1 回と同じ (以下の記入は省略可)

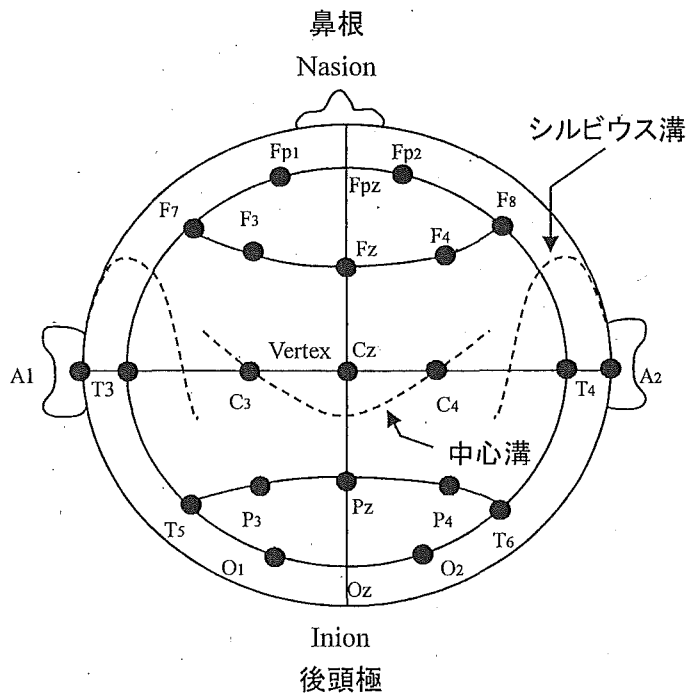
i) 単極導出

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ii) 双極導出

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

注) 外傷・手術で導出部位を変更した場合には下図に記入すること。



記録条件

感度 (いずれも必須)

標準感度 (10 μ V/mm 又はそれより高い感度) : _____ μ V/mm

高感度 (2.5 μ V/mm 又はそれより高い感度) : _____ μ V/mm

時定数 0.3 秒

High cut filter OFF 30Hz 以上

交流遮断用 filter ON OFF

同時記録 心電図 (必須) その他 ()

頭部外モニター (部位:)

例: 前腕内側部 (電極間距離 6~7cm)

較正電圧曲線の記録

標準感度 単極導出 記録

双極導出 記録

高感度 単極導出 記録

双極導出 記録

刺激

標準感度 単極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

双極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

高感度 単極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

双極導出 呼名刺激 及び 顔面痛み刺激

アーチファクト

標準感度 単極導出
 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

双極導出
 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

高感度 単極導出
 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

双極導出
 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

脳波所見

総合判定: 平坦脳波 (ECI) 非平坦脳波 判定不能

補助検査

・聴性脳幹誘発反応

施行 (以下に内容を記載) 施行せず

刺激側

両耳刺激 片耳刺激 (左耳刺激 右耳刺激)

刺激音強度

最大音圧刺激 (_____dB) その他 (_____dB)

電極配置

Cz-A1 Cz-A2

加算回数 _____回

結果

I波のみ I~V波すべて消失 その他 (_____)

・その他の検査

検査名及び結果

--

備考欄

--