

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)