

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)