

臓器移植記録書

移植術を受けた者

(フリガナ)

氏名

年

月

日生

(男・女)

住所

移植日時

移植手術開始日時

年

月

日

時

分

血流再開日時

年

月

日

時

分

移植手術終了日時

年

月

日

時

分

移植術が行われた医療機関（移植実施施設）

名称

所在地

移植術を行った医師

氏名

所属医療機関の名称

所属医療機関の所在地

(医療機関に所属する医師でない場合は住所)

移植した臓器

心臓 ・ 肺（右・左） ・ 肝臓 ・ 腎臓（右・左） ・ 脾臓 ・ 小腸 ・ 眼球（右・左）

移植術を行う必要性

移植術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〕

血液型

(A ・ B ・ O ・ AB)

Rh

(+ ・ -)

HLA

A

B

DR

生化学的検査〔T-Bil, Alb, AST, ALT, LDH, Cre, BUN など〕

T-Bil

mg/dL ,

AST

IU/L ,

ALT

IU/L

LDH

IU/L ,

Alb

g/dL

Cre

mg/dL ,

BUN

mg/dL

免疫学的検査〔HIV 抗体、HTLV-1 抗体、HBs 抗原、HCV 抗体など〕

HIV 抗体 (+ ・ - ・ ± ・ 未)

HTLV-1 抗体 (+ ・ - ・ ± ・ 未)

HBs 抗原 (+ ・ - ・ ± ・ 未)

HCV 抗体 (+ ・ - ・ ± ・ 未)

その他の検査の結果

移植術を行うことに承諾がある (承諾あり ・ 承諾なし)

承諾者

氏名（続柄） _____ (_____)

住所 _____

臓器のあっせんを行った者

- ・ドナー関連業務実施法人（「臓器のあっせん業の許可等について」（令和7年9月25日付健生発0925第3号厚生労働省健康・生活衛生局長通知）第1の4に定める法人のことを指す）

名称 _____

所在地 _____

- ・マッチング関連業務実施法人（「臓器のあっせん業の許可等について」（令和7年9月25日付健生発0925第3号厚生労働省健康・生活衛生局長通知）第1の5に定める法人のことを指す）

名称 公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク所在地 〒108-0022 東京都港区海岸 3-26-1 バーク芝浦

移植術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（移植術を行った医師） _____ （記名押印又は自筆署名）