

不使用臓器記録書

臓器の摘出を受けた者

(フリガナ)

氏名 _____

〔 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (男・女) 〕

住所 _____

摘出日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

摘出が行われた医療機関（臓器提供施設）

名称 _____

所在地 _____

摘出した臓器

心臓・肺（右・左）・肝臓・腎臓（右・左）・脾臓・小腸・眼球（右・左）

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

臓器を移植術に使用しないこととした医師

氏名 _____

所属医療機関の名称 _____

所属医療機関の所在地 _____

(医療機関に所属していない場合は住所)

臓器を移植に使用しないこととした理由

臓器を移植術に使用しないこととし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（移植に使用しないこととした医師） _____ （自筆署名又は記名押印）