

脳死判定記録書

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（＊2回目の脳死判定終了時刻）

_____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

判定医療機関

名称 _____ 所在地 _____

判定医

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)

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)

脳死判定を受けた者及び家族の意思（ア～ウのいずれかに○をつける）

ア 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又は家族がない
(拒まない ・ 家族がない ・ 拒んでいる)イ 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)

脳死判定を拒まない・承諾した家族

氏名 _____

住所 _____

脳死判定を受けた者との続柄 _____

脳死判定への家族の立ち会いの有無 (有 ・ 無)

原疾患名 _____

前提条件

- 器質的脳障害による深昏睡、無呼吸 (該当する ・ 該当しない)
- 原疾患を確実に診断 (該当する ・ 該当しない)
- CT、MRI等の画像診断 (有 ・ 無)
- 回復の可能性がない (該当する ・ 該当しない)

除外例

- 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 (該当する ・ 該当しない)
- 急性薬物中毒 (該当する ・ 該当しない)
- 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 (該当する ・ 該当しない)
- 代謝性・内分泌性障害あり (該当する ・ 該当しない)

1 回 目 の 確 認

2 回 目 の 確 認

開始日時 年 月 日 年 月 日
 午前・午後 時 分 午前・午後 時 分

終了日時 年 月 日 年 月 日
 午前・午後 時 分 午前・午後 時 分

生命徴候の確認

体温（開始時）	(℃)	(℃)
（終了時）	(℃)	(℃)
血圧（判定前）	収縮期	mmHg		収縮期	mmHg	
	拡張期	mmHg		拡張期	mmHg	
（判定後）	収縮期	mmHg		収縮期	mmHg	
	拡張期	mmHg		拡張期	mmHg	
心拍数（開始時）	(回/分)		(回/分)	
	(回/分)		(回/分)	

昇圧薬の使用（薬品名 _____ ）
 （判定開始時） （有 ・ 無 ） （有 ・ 無 ）

中枢神経抑制薬、筋弛緩薬等の薬物の影響
 （有 ・ 無 ） （有 ・ 無 ）

姿勢・運動の確認
 自発運動 （有 ・ 無 ） （有 ・ 無 ）
 除脳硬直 （有 ・ 無 ） （有 ・ 無 ）
 除皮質硬直 （有 ・ 無 ） （有 ・ 無 ）
 けいれん （有 ・ 無 ） （有 ・ 無 ）

必須項目
 深昏睡 （JCS ・ GCS ） （JCS ・ GCS ）
 瞳孔径 4 mm 以上 （右 mm、左 mm） （右 mm、左 mm）
 瞳孔固定 （右：有・無、左：有・無） （右：有・無、左：有・無）

脳幹反射
 対光反射 （右：有・無、左：有・無） （右：有・無、左：有・無）
 角膜反射 （右：有・無、左：有・無） （右：有・無、左：有・無）
 毛様脊髄反射 （右：有・無、左：有・無） （右：有・無、左：有・無）
 眼球頭反射 （有 ・ 無 ） （有 ・ 無 ）
 前庭反射 （右：有・無、左：有・無） （右：有・無、左：有・無）
 咽頭反射 （有 ・ 無 ） （有 ・ 無 ）
 咳反射 （有 ・ 無 ） （有 ・ 無 ）

平坦脳波 （該当する ・ 該当しない） （該当する ・ 該当しない）

補助検査
 聴性脳幹誘発反応 （有 ・ 無 ） （有 ・ 無 ）

自発呼吸 （有 ・ 無 ） （有 ・ 無 ）
 無呼吸テスト時の P a C O₂、血圧及び不整脈
 P a C O₂
 （テスト前） mmHg mmHg
 （午前・午後 時 分） （午前・午後 時 分）
 （テスト後） mmHg mmHg
 （午前・午後 時 分） （午前・午後 時 分）
 血圧
 （テスト前） 収縮期 mmHg 収縮期 mmHg
 拡張期 mmHg 拡張期 mmHg
 （テスト後） 収縮期 mmHg 収縮期 mmHg
 拡張期 mmHg 拡張期 mmHg

昇圧薬の使用（薬品名 _____）

（ 有 ・ 無 ）

（ 有 ・ 無 ）

重篤な不整脈

（ 有 ・ 無 ）

（ 有 ・ 無 ）

その他判定を行った医師が特に必要と認めた事項

判定結果 （ 脳死と判定される ・ 脳死と判定されない ）

記録作成日 年 月 日

記録作成者（判定医）氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

（記名押印又は自筆署名）

- （注）・脳死判定に当たって測定した脳波の記録（記録番号 _____）
- ・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
 - ・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
 - ・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
 - ・家族が脳死判定を拒まない・承諾する旨を表示した書面を添付のこと。