例目

（事務局にて記載）

**脳死下臓器提供に関する検証資料フォーマット**

**（様式２）**

(平成29年４月改訂)

施設名

患者イニシャル及びID

生年月日　　　　　　　昭・平　　　　年　　　月　　日生　 　　才 （ 男 ・ 女 ）

記載責任者　　　　　　　　　　　　　　印

記載年月日　　　　　　年　　　月　　　日

**目次**

**１．初期診断・治療について**………………………………………………… 1

**２．治療方針等の家族への説明について**…………………………………… 3

**３．脳死とされうる状態の診断について**…………………………………… 4