

臓器移植記録書

移植を受けた者

氏名 _____ 住所 _____

性別 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

移植日時

移植手術開始日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

血流再開日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

移植手術終了日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

移植が行われた医療機関

名称 _____ 所在地 _____

移植医 氏名 _____

住所 _____

(又は所属医療機関の所在地及び名称)

移植した臓器の名称 _____

(左右の別及び部位の別を含む)

移植を行う必要性

移植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 _____, _____

血液生化学的検査〔T-Bil、Alb、GOT、LDH、Cr、BUNなど〕

T-Bil _____ mg/dl, GOT _____ IU/l, GPT _____ IU/l

LDH _____ IU/l, Alb _____ g/dl

Cr _____ mg/dl, BUN _____ mg/dl

感染症検査〔HIV抗体、HTLV-I抗体、HBs抗原、HCV抗体など〕

HIV抗体 (+ ・ - ・ ± ・ 未)

HTLV-I抗体 (+ ・ - ・ ± ・ 未)

HBs抗原 (+ ・ - ・ ± ・ 未)

HCV抗体 (+ ・ - ・ ± ・ 未)

その他の検査の結果

移植を行うことに承諾がある (承諾がある ・ 承諾がない)

承諾者の氏名_____

住所_____

移植を受けた者との続柄_____

臓器のあっせんを行った者

氏名 公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク

住所 〒107-0052 東京都港区赤坂2-9-11 オリックス赤坂2丁目ビル

移植医が特に必要と認めた事項

記録作成日 年 月 日

記録作成者（移植医） 氏名_____ 印

（記名押印又は自筆署名）