**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　〒108-0022 東京都港区海岸3-26-1 バーク芝浦

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）