

法的脳死判定記録書 (18歳未満の者に脳死判定を行う場合)

※ この記録書では、法的脳死判定を実施しながら、下線部に必要な事項を記入し、該当するチェックボックス (□) に✓印を入れることができます。

脳死判定を受けた者

氏名 _____

住所 _____

性別 _____

生年月日 _____年 _____月 _____日生 _____歳 18歳未満である

脳死判定を承諾した家族

代表者氏名 _____

住所 _____

脳死判定を受けた者との続柄 _____

脳死判定を受けた者及び家族の意思

(ア～ウのいずれか)

ア 本人の意思表示ありの場合

(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 (承諾している) 又は家族がない

拒まない (承諾している) 家族がない 拒んでいる

イ 本人意思が不明の場合

(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 表示していない

脳死判定への家族の立会の有無

有

無

	<p>【年齢不相応の血圧（収縮期）】 _____ mmHg <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない</p> <p>参考）・1 歳未満 <65mmHg ・1 歳以上 13 歳未満 <（年齢×2）+ 65mmHg ・13 歳以上 <90mmHg</p> <p>【心拍、心電図等にて重篤な不整脈がある】 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない</p>
<p>薬剤等の影響 （影響がないことが不可欠）</p>	<p>【中枢神経抑制薬、筋弛緩薬等による脳死判定への影響】 <input type="checkbox"/> 影響がある <input type="checkbox"/> 影響がない</p> <p>※影響がないと判断した理由</p> <div data-bbox="427 616 1441 1227" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>（法的脳死判定に影響しうる薬剤の投与終了後、十分に時間が経過し、薬物の影響がないと判断した根拠を記載。）</p> </div> <p>参考）鎮静薬、抗痙攣薬、鎮痛薬、筋弛緩薬の例 ミダゾラム、ジアゼパム、プロポフォール、フェンタニル、フェニトイン（ホスフェニトイン）、バルビツール酸、塩酸モルヒネ、臭化ベクロニウム、臭化ロクロニウム など</p> <p><薬物スクリーニングにより把握した薬物> <input type="checkbox"/> スクリーニング実施せず <input type="checkbox"/> 実施</p> <div data-bbox="438 1608 1433 1966" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>（方法及び結果を記載）</p> </div>

第 1 回法的脳死判定

検査開始日時： ____月 ____日 ____時 ____分

【開始時確認事項】

開始時体温： ____℃（測定部位： ____） ※深部温に限る。

確認） ・ 6 歳未満 $\geq 35^{\circ}\text{C}$ ・ 6 歳以上 $\geq 32^{\circ}\text{C}$

開始時血圧： ____ / ____ mmHg

確認）収縮期

・ 1 歳未満 $\geq 65\text{mmHg}$ ・ 1 歳以上 13 歳未満 $\geq (\text{年齢} \times 2) + 65\text{mmHg}$ ・ 13 歳以上 $\geq 90\text{mmHg}$

開始時心拍数： ____回 / 分

 重篤な不整脈がないことを確認昇圧薬（カテコラミン・バソプレシン等）の使用： 有（薬品名 ____） 無

中枢性神経抑制薬、筋弛緩薬等の薬物の影響： (3) ページ参照

 脳死判定に影響しないことを確認

姿勢・運動の確認（すべて無であることを確認すること）

自発運動： 有 無除脳硬直： 有 無除皮質硬直： 有 無けいれん： 有 無ミオクローヌス： 有 無

【法的脳死判定での確認事項】

意識レベル JCS： ____ かつ GCS： E ____ V ____ M ____ (合計 ____)

瞳孔径 4mm 以上： 右) ____ mm 左) ____ mm

瞳孔固定 右) 有 無 左) 有 無

脳幹反射

対光反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
角膜反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
毛様脊髄反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
眼球頭反射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
前庭反射 ^{※)}	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
咽頭反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
咳反射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

※) 前庭反射の確認は、氷水刺激によるものとする。

脳波

記録時刻 ____月__日__時__分 ~ ____月__日__時__分

実際に記録した正味時間 _____分 連続 30 分以上である**注意事項**

- ・脳波検査を行う際は、アーチファクト混入を防止し、適切に脳波測定を行うため、外部環境、周辺機器のチェックや電極配置等に十分留意すること。
- ・少なくとも 4 誘導の同時記録を単極導出（基本電極導出）及び双極導出で行うこと。

脳波所見総合判定： 平坦脳波 (ECI) 非平坦脳波 判定不能**備考欄****補助検査**

- ・聴性脳幹誘発反応

 施行（以下に内容を記載） 施行せず

結果

 I 波のみ I ~ V 波すべて消失 その他 (_____)

- ・その他の検査

検査名及び結果

無呼吸テスト

(無呼吸テスト開始前)

- 100%酸素で 10 分間人工呼吸を行う。
- テスト開始直前に PaCO₂ レベルを確認する。(おおよそ 35~45mmHg であること)
- 気管内吸引用カテーテルを気管内チューブの先端部分から気管分岐部直前の間に挿入する。さらに、カテーテルの先端が適切な位置にあることを確認する。(胸部 X 線写真など)
または、6 歳未満 (6 歳未満の体格に相当する小児) であれば、気管チューブに T-ピースを装着する。

(無呼吸テスト中)

- 6L/分の 100%酸素を投与する。
- 自発呼吸の有無を、胸部または腹部に手掌をあてるなどして慎重に判断する。
6 歳未満の小児 (6 歳未満の体格に相当する小児) においては、目視による観察と胸部聴診を行う。

	テスト 開始直前 (:)	テスト 開始時刻 ^① (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)
PaCO ₂ (mmHg)		/				
PaO ₂ (mmHg)						
血圧(mmHg)	/		/	/	/	/
SpO ₂ (%)						

	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	人工呼吸 再開時刻 (:)	人工呼吸 再開__分後 (:)
PaCO ₂ (mmHg)					/	/
PaO ₂ (mmHg)						
血圧(mmHg)	/	/	/	/	/	/
SpO ₂ (%)						

(留意点)

- ① テスト開始とは、人工呼吸を中止した時点を目指す。
- ② 血液ガス分析は 2~3 分毎に行うこと。
- ③ 酸素化には十分な注意を払い、特に酸素化能低下・血圧低下等により継続が危険と判断した場合はテストを中止すること。
- ④ PaCO₂ が 60mmHg 以上になった時点で無呼吸を確認する。

無呼吸テスト中の昇圧薬 (カテコラミン・バソプレシン等) の使用 : 有 (薬品名 _____) 無

無呼吸テスト中の重篤な不整脈 : 有 無

テスト結果 : 自発呼吸の消失を確認 自発呼吸あり その他 (_____)

【その他判定を行った医師が特に必要と認めた事項】

【終了時確認事項】

終了日時： ____月 ____日 ____時 ____分

終了時体温： ____℃（測定部位： ____） ※深部温に限る。

確認) ・ 6 歳未満 $\geq 35^{\circ}\text{C}$ ・ 6 歳以上 $\geq 32^{\circ}\text{C}$

終了時血圧： ____ / ____ mmHg

確認) 収縮期

- ・ 1 歳未満 $\geq 65\text{mmHg}$
- ・ 1 歳以上 13 歳未満 $\geq (\text{年齢} \times 2) + 65\text{mmHg}$
- ・ 13 歳以上 $\geq 90\text{mmHg}$

終了時心拍数： ____回 / 分

重篤な不整脈がないことを確認

第 2 回法的脳死判定

※第 2 回法的脳死判定は、第 1 回法的脳死判定の終了時点から 6 時間以上（6 歳未満は 24 時間以上）経過してから開始する。

検査開始日時： ____月 ____日 ____時 ____分

【開始時確認事項】

開始時体温： ____℃（測定部位： ____） ※深部温に限る。

確認） ・ 6 歳未満 $\geq 35^{\circ}\text{C}$ ・ 6 歳以上 $\geq 32^{\circ}\text{C}$

開始時血圧： ____ / ____ mmHg

確認）収縮期

- ・ 1 歳未満 $\geq 65\text{mmHg}$
- ・ 1 歳以上 13 歳未満 $\geq (\text{年齢} \times 2) + 65\text{mmHg}$
- ・ 13 歳以上 $\geq 90\text{mmHg}$

開始時心拍数： ____回 / 分

重篤な不整脈がないことを確認

昇圧薬（カテコラミン・バソプレシン等）の使用：有（薬品名 ____） 無

中枢性神経抑制薬、筋弛緩薬等の薬物の影響：(3)ページ参照

脳死判定に影響しないことを確認

姿勢・運動の確認（すべて無であることを確認すること）

- 自発運動：有 無
- 除脳硬直：有 無
- 除皮質硬直：有 無
- けいれん：有 無
- ミオクローヌス：有 無

【法的脳死判定での確認事項】

意識レベル JCS： ____ かつ GCS： E ____ V ____ M ____（合計 ____）

瞳孔径 4mm 以上： 右) ____ mm 左) ____ mm

瞳孔固定 右) 有 無 左) 有 無

脳幹反射

対光反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
角膜反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
毛様脊髄反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
眼球頭反射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
前庭反射 ^{※)}	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
咽頭反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
咳反射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

※) 前庭反射の確認は、氷水刺激によるものとする。

脳波

記録時刻 ____月__日__時__分 ~ ____月__日__時__分

実際に記録した正味時間 _____分 連続 30 分以上である**注意事項**

- ・脳波検査を行う際は、アーチファクト混入を防止し、適切に脳波測定を行うため、外部環境、周辺機器のチェックや電極配置等に十分留意すること。
- ・少なくとも 4 誘導の同時記録を単極導出（基本電極導出）及び双極導出で行うこと。

脳波所見総合判定： 平坦脳波 (ECI) 非平坦脳波 判定不能**備考欄****補助検査**

- ・聴性脳幹誘発反応

 施行（以下に内容を記載） 施行せず

結果

 I 波のみ I ~ V 波すべて消失 その他 (_____)

- ・その他の検査

検査名及び結果

無呼吸テスト

(無呼吸テスト開始前)

- 100%酸素で 10 分間人工呼吸を行う。
- テスト開始直前に PaCO₂ レベルを確認する。(おおよそ 35~45mmHg であること)
- 気管内吸引用カテーテルを気管内チューブの先端部分から気管分岐部直前の間に挿入する。さらに、カテーテルの先端が適切な位置にあること確認する。(胸部 X 線写真など)
または、6 歳未満 (6 歳未満の体格に相当する小児) であれば、気管チューブに T-ピースを装着する。

(無呼吸テスト中)

- 6L/分の 100%酸素を投与する。
- 自発呼吸の有無を、胸部または腹部に手掌をあてるなどして慎重に判断する。
6 歳未満の小児 (6 歳未満の体格に相当する小児) においては、目視による観察と胸部聴診を行う。

	テスト 開始直前 (:)	テスト 開始時刻 ^① (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)
PaCO ₂ (mmHg)		/				
PaO ₂ (mmHg)						
血圧(mmHg)	/		/	/	/	/
SpO ₂ (%)						

	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	人工呼吸 再開時刻 (:)	人工呼吸 再開__分後 (:)
PaCO ₂ (mmHg)					/	/
PaO ₂ (mmHg)						
血圧(mmHg)	/	/	/	/	/	/
SpO ₂ (%)						

(留意点)

- ① テスト開始とは、人工呼吸を中止した時点を指す。
- ② 血液ガス分析は 2~3 分毎に行うこと。
- ③ 酸素化には十分な注意を払い、特に酸素化能低下・血圧低下等により継続が危険と判断した場合はテストを中止すること。
- ④ PaCO₂が 60mmHg 以上になった時点で無呼吸を確認する。

無呼吸テスト中の昇圧薬 (カテコラミン・バソプレシン等) の使用 : 有 (薬品名 _____) 無
 無呼吸テスト中の重篤な不整脈 : 有 無

テスト結果 : 自発呼吸の消失を確認 自発呼吸あり その他 (_____)

【その他判定を行った医師が特に必要と認めた事項】

【終了時確認事項】

終了日時： ____月 ____日 ____時 ____分

終了時体温： ____℃（測定部位： ____） ※深部温に限る。

確認) ・ 6 歳未満 $\geq 35^{\circ}\text{C}$ ・ 6 歳以上 $\geq 32^{\circ}\text{C}$

終了時血圧： ____ / ____ mmHg

確認) 収縮期

- ・ 1 歳未満 $\geq 65\text{mmHg}$
- ・ 1 歳以上 13 歳未満 $\geq (\text{年齢} \times 2) + 65\text{mmHg}$
- ・ 13 歳以上 $\geq 90\text{mmHg}$

終了時心拍数： ____回 / 分

重篤な不整脈がないことを確認

法的脳死判定結果

法的に脳死と判定される。脳死と判定されない。

判定日時（＊第2回脳死判定終了時刻）

_____年_____月_____日 _____時_____分

判定医療機関

名称 _____ 所在地 _____

判定医

(第1回目判定医)

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
(記名押印 又は 自筆署名)

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
(記名押印 又は 自筆署名)

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
(記名押印 又は 自筆署名)

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
(記名押印 又は 自筆署名)

所属医療機関の名称及び所在地 _____

(第2回目判定医)

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
(記名押印 又は 自筆署名)

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
(記名押印 又は 自筆署名)

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
(記名押印 又は 自筆署名)

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
(記名押印 又は 自筆署名)

所属医療機関の名称及び所在地 _____

<添付文書>

- 脳死判定に当たって記録した脳波の記録（記録番号_____）
- 家族が脳死判定を拒まない・承諾する旨を表示した書面
- 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
 - なし
- 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
 - なし
- 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
 - なし