

臓器移植記録書

移植を受けた者

氏名 臓器 夏子 住所 東京都中央区.....

性別 女 生年月日 1975 年 9 月 1 日生

移植日時

移植手術開始日時 2016 年 9 月 21 日 午前・~~午後~~ 1 時 10 分

血流再開日時 2016 年 9 月 21 日 午前・~~午後~~ 3 時 50 分

移植手術終了日時 2016 年 9 月 21 日 午前・~~午後~~ 5 時 18 分

移植が行われた医療機関

名称 移植大学附属病院 所在地 東京都中央区

移植医 氏名 海岸 一郎

住所 東京都中央区◇◇-□ 移植大学附属病院

(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 両肺
(左右の別及び部位の別を含む)

※同時移植の場合は複数臓器記載可
(左、右、両もしくは部位の記載は必須)
例：膵腎同時移植→膵臓、左腎臓

移植を行う必要性

重症呼吸器不全による唯一の治療法であるため

現在の病状について、
治療のために移植が必要
であることなどを記載

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 (Ⓐ ・ B ・ O ・ AB) Rh (⊕ ・ -)
HLA A 24 , - B 7 , 35 DR 1 , 4

血液生化学的検査〔T-Bil、Alb、GOT、LDH、Cr、BUNなど〕

T-Bil 1.0 mg/dl , GOT 20 IU/l , GPT 17 IU/l
LDH 190 IU/l , Alb 4.0 g/dl
Cr 0.5 mg/dl , BUN 12 mg/dl

わかる範囲でご記載ください

見本

※レシピエントの情報をご記載ください

省令第7条

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 臓器 夏子

住所 東京都中央区.....

移植を受けた者との続柄 本人

本人もしくは家族

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 2016 年 9 月 21 日

記録作成者 (移植医) 氏名 海岸 一郎

(記名押印又は自筆署名)

