

法的脳死判定記録書

脳死判定を受けた者

氏名 _____

住所 _____

性別 _____

生年月日 _____年 _____月 _____日生 _____歳

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
(本人が脳死下での臓器提供をする意思を書面に表示し、かつ法的脳死判定に従わないとの意思表示をしていない)
→ 家族が脳死判定を拒まない(承諾している)
☐拒まない(承諾している) ☐家族がいない ☐拒んでいる
- ☐イ 本人意思が不明の場合
(本人の脳死下で臓器提供をする意思が不明で、かつ法的脳死判定に従わないとの意思表示をしていない)
→ 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 アまたはイに該当しない

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

器質的脳障害の原疾患名 _____

法的脳死判定の前に確認すべき事項

前提条件 全て該当すること	器質的脳障害により深昏睡及び自発呼吸が消失している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	器質的脳障害の原疾患が確実に診断されている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	器質的脳障害の原疾患に対して行い得るすべての適切な治療を行った場合であっても回復の可能性がないと判断される	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
除外例 全て該当しないこと	急性薬物中毒	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	深部体温が 32℃未満 (_____℃ 測定部位: <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> その他 (_____)) ※6 歳未満は 35℃未満	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	代謝性障害・内分泌性障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	収縮期血圧 90 mmHg 未満 (_____ mmHg) ※1 歳未満: 65 mmHg 未満 1 歳以上 13 歳未満: (年齢×2) + 65 mmHg 未満 13 歳以上: 90 mmHg 未満	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	生後 12 週未満 ※在胎週数が 40 週未満であった場合は、出産予定日から起算して 12 週未満	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	虐待として児童相談所等に通告、もしくは当該時点で児童相談所等が虐待として介入している * 通告後に虐待が否定された場合は臓器提供可能	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 18 歳以上で該当しない
	18 歳未満は下記をチェックする <input type="checkbox"/> 虐待防止委員会の開催や情報共有を実施した <input type="checkbox"/> 倫理委員会等の開催を行った	
	【備考欄】	
薬剤等の影響 影響がないこと	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"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	【備考欄】	

第 1 回法的脳死判定

検査開始日時： ____月 ____日 ____時 ____分

開始時体温 (____℃ 測定部位： ☐ 膀胱 ☐ 直腸 ☐ 咽頭 ☐ その他 (____))

※6 歳以上は 32℃以上、6 歳未満は 35℃以上であること

開始時血圧 収縮期血圧 (____mmHg)

※1 歳未満： 65 mmHg 以上

1 歳以上 13 歳未満： (年齢×2) + 65 mmHg 以上

13 歳以上： 90 mmHg 以上

開始時心拍数 (____) 回/分

下記の姿勢・運動が認められない

※ただし脳死下でも見られる運動は除く

自発運動 ☐ 認められない

除脳硬直 ☐ 認められない

除皮質硬直 ☐ 認められない

けいれん ☐ 認められない

ミオクローヌス ☐ 認められない

深昏睡、瞳孔散大・固定の確認

昏睡	<input type="checkbox"/> JCS 300 かつ GCS 3 であることを確認した		
瞳孔径 左右とも 4 mm 以上	右 (____) mm	左 (____) mm	<input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側
瞳孔固定	右 <input type="checkbox"/> 固定を確認した	左 <input type="checkbox"/> 固定を確認した	<input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側

脳幹反射の確認

対光反射	右 <input type="checkbox"/> 消失を確認した	左 <input type="checkbox"/> 消失を確認した	<input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側
角膜反射	右 <input type="checkbox"/> 消失を確認した	左 <input type="checkbox"/> 消失を確認した	<input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側
毛様脊髄反射	右 <input type="checkbox"/> 消失を確認した	左 <input type="checkbox"/> 消失を確認した	<input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側
眼球頭反射	<input type="checkbox"/> 消失を確認した		<input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側
前庭反射	右 <input type="checkbox"/> 消失を確認した	左 <input type="checkbox"/> 消失を確認した	<input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側
咽頭反射	右 <input type="checkbox"/> 消失を確認した	左 <input type="checkbox"/> 消失を確認した	<input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側
咳反射	<input type="checkbox"/> 消失を確認した		

脳血流検査の実施 ☐あり ☐なし

聴性脳幹反応(ABR: auditory brainstem response)の実施 ☐あり ☐なし

【備考欄（検査名および結果等を記載）】

高感度脳波

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 15 分以上である

脳波所見 ☐平坦脳波 (ECI) ☐判定不能

無呼吸テスト

1) 無呼吸テスト開始前の前提条件

- ☐ 血圧が基準範囲内である
- ☐ 体温は深部体温で 35℃以上である
- ☐ 100%酸素(FiO₂ 1.0)で 10 分間程度の人工呼吸を行う
- ☐ 動脈血二酸化炭素分圧(PaCO₂)が 35~45 mmHg である

2) 無呼吸テスト時の人工呼吸器等の設定 ※下記のいずれかにチェックをする

- ☐ 人工呼吸器の CPAP モード
- ☐ PEEP バルブのある流量膨張式バッグ
- ☐ 気管チューブ内に留置した吸引用カテーテルからの酸素投与 (6 L/min)

3) ECMO の有無 ☐あり ☐なし

【備考欄】

4) 無呼吸テスト(動脈血の血液ガス分析結果と時間経過)

	テスト開始直前検査 結果 (時 分)	テスト開始時刻 (時 分)	テスト終了判断検査 結果 (時 分)	テスト終了時刻 (時 分)
PaCO ₂				
PaO ₂				
血圧				

※テスト開始とは人工呼吸器による換気を中止した時刻を表す

※PaCO₂が 60 mmHg 以上になった時点で無呼吸を確認する

5) 無呼吸テストの結果 ☐ 無呼吸を確認した

【備考欄】

【第 1 回法的脳死判定 終了時 確認事項】

終了時体温 (____℃ 測定部位: ☐膀胱 ☐直腸 ☐咽頭 ☐その他 ())

※6 歳以上は 32℃以上、6 歳未満は 35℃以上であること

終了時血圧 収縮期血圧 (____mmHg)

※1 歳未満: 65 mmHg 以上

1 歳以上 13 歳未満: (年齢×2) + 65 mmHg 以上

13 歳以上: 90 mmHg 以上

終了時心拍数 (____) 回/分

第2回法的脳死判定 検査開始日時： ____月 ____日 ____時 ____分

※第1回法的脳死判定が終了してから6歳以上では6時間以上、6歳未満では24時間以上を経過している事

開始時体温 (____℃ 測定部位： ☐膀胱 ☐直腸 ☐咽頭 ☐その他 (____))

※6歳以上は32℃以上、6歳未満は35℃以上であること

開始時血圧 収縮期血圧 (____mmHg)

※1歳未満：65 mmHg 以上

1歳以上13歳未満：(年齢×2) + 65 mmHg 以上

13歳以上：90 mmHg 以上

開始時心拍数 (____) 回/分

下記の姿勢・運動が認められない

※ただし脳死下でも見られる運動は除く

自発運動 ☐認められない

除脳硬直 ☐認められない

除皮質硬直 ☐認められない

けいれん ☐認められない

ミオクローヌス ☐認められない

深昏睡、瞳孔散大・固定の確認

昏睡	<input type="checkbox"/> JCS 300 かつ GCS 3 であることを確認した		
瞳孔径 左右とも4 mm 以上	右 (____) mm	左 (____) mm	<input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側
瞳孔固定	右 <input type="checkbox"/> 固定を確認した	左 <input type="checkbox"/> 固定を確認した	<input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側

脳幹反射の確認

対光反射	右 <input type="checkbox"/> 消失を確認した	左 <input type="checkbox"/> 消失を確認した	<input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側
角膜反射	右 <input type="checkbox"/> 消失を確認した	左 <input type="checkbox"/> 消失を確認した	<input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側
毛様脊髄反射	右 <input type="checkbox"/> 消失を確認した	左 <input type="checkbox"/> 消失を確認した	<input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側
眼球頭反射	<input type="checkbox"/> 消失を確認した		<input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側
前庭反射	右 <input type="checkbox"/> 消失を確認した	左 <input type="checkbox"/> 消失を確認した	<input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側
咽頭反射	右 <input type="checkbox"/> 消失を確認した	左 <input type="checkbox"/> 消失を確認した	<input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側
咳反射	<input type="checkbox"/> 消失を確認した		

脳血流検査の実施 ☐あり ☐なし
ABR の実施 ☐あり ☐なし

【備考欄（検査名および結果等を記載）】

高感度脳波

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 15 分以上である

脳波所見 ☐ 平坦脳波（ECI） ☐ 判定不能

無呼吸テスト

1) 無呼吸テスト開始前の前提条件

- ☐ 血圧が基準範囲内である
- ☐ 体温は深部体温で 35℃以上である
- ☐ 100%酸素(FiO_2 1.0)で 10 分間程度の人工呼吸を行う
- ☐ 動脈血二酸化炭素分圧(PaCO_2)が 35～45 mmHg である

2) 無呼吸テスト時の人工呼吸器等の設定 ※下記のいずれかにチェックをする

- ☐ 人工呼吸器の CPAP モード
- ☐ PEEP バルブのある流量膨張式バッグ
- ☐ 気管チューブ内に留置した吸引用カテーテルからの酸素投与 (6 L/min)

3) ECMO の有無 ☐あり ☐なし

【備考欄】

4) 無呼吸テスト（動脈血の血液ガス分析結果と時間経過）

	テスト開始直前検査 結果 (時 分)	テスト開始時刻 (時 分)	テスト終了判断検査 結果 (時 分)	テスト終了時刻 (時 分)
PaCO ₂				
PaO ₂				
血圧				

※テスト開始とは人工呼吸器による換気を中止した時刻を表す

※PaCO₂が 60 mmHg 以上になった時点で無呼吸を確認する

5) 無呼吸テストの結果 ☐ 無呼吸を確認した

【備考欄】

【第2回法的脳死判定 終了時 確認事項】

終了時体温 (____℃ 測定部位: ☐ 膀胱 ☐ 直腸 ☐ 咽頭 ☐ その他 ())

※6 歳以上は 32℃以上、6 歳未満は 35℃以上であること

終了時血圧 収縮期血圧 (____mmHg)

※1 歳未満: 65 mmHg 以上

1 歳以上 13 歳未満: (年齢×2) + 65 mmHg 以上

13 歳以上: 90 mmHg 以上

終了時心拍数 (____) 回/分

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回法的脳死判定終了時刻）

_____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 _____

（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 _____

* 電子署名でも可能（判定医のうち1名は遠隔での判定も可能）

<添付文書>

- ・ 家族が脳死判定を拒まない・承諾する旨を表示した書面
☐あり ☐なし

- ・ 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
☐あり ☐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
☐あり ☐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
☐あり ☐なし