

## レシピエント用 説明書

### ◇臓器移植登録事業について

日本移植学会登録委員会のもと、全国の移植施設の参加により、日本における臓器移植例の全例調査を目標に登録事務局に登録します。本登録システムによりデータを集積し、各臓器移植の症例数、生存率・生着率等の基礎データを集計・解析し日本における移植医療の評価・発展に資することを目的としています。

### ◇登録後のデータの利用について

患者さんの移植に関する診療上のデータや、移植手術後の経過に関する情報は、移植医療の評価・発展のためには非常に重要なデータです。登録後のデータの利用について以下の説明をお読みの上、ぜひ登録にご協力をお願いします。

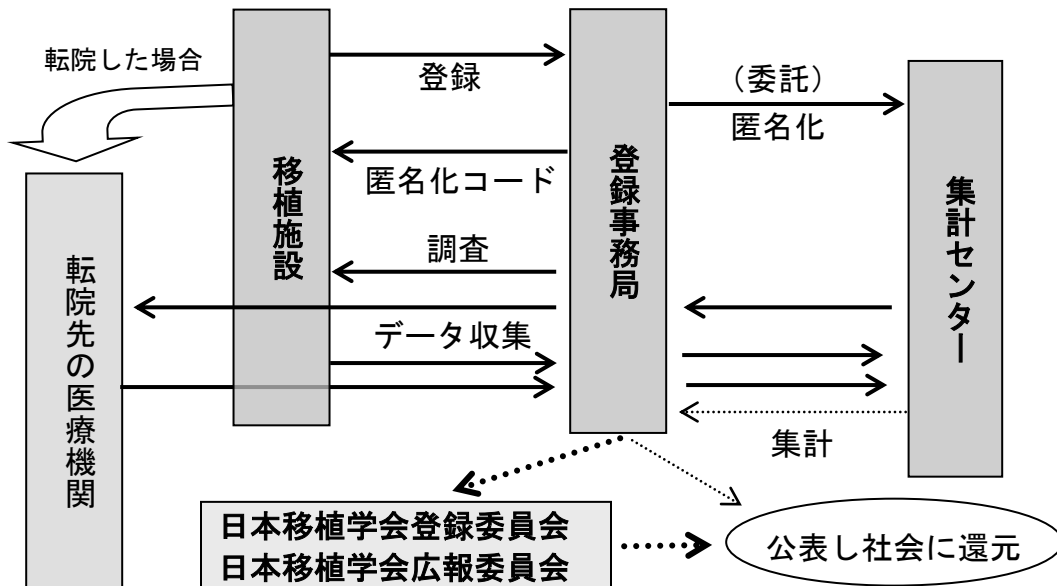
1. 登録後に移植施設から報告されるデータは、多施設から収集・集積・集計し、個人が特定されない形で結果を、学会・学術雑誌などに公表し社会に還元します。
2. 各臓器移植研究会、日本移植学会登録委員会が承認した場合には、研究や統計などを目的に、関係する移植施設・学会などに、個人が特定されない形でデータを提供する場合があります。ただし、あなたが診療をうける病院・診療所などを変更した場合、変更後の医療機関に、あなたの移植手術後の経過や使用薬剤などについて情報提供をお願いすることがあります。その際、当該医療機関へ郵送する調査票には対象者を特定するために、あなたの氏名・移植日・移植施設名などが記載されることもあります。
3. 同意の有無にかかわらずあなたの治療上、不利益を受けることはありません。また同意した後でも自由にとりやめることが可能です。

### 【問い合わせ先】

〇〇病院 対応窓口： 住所

電話 -----

日本移植学会登録委員会、新宿区改代町26-1三田村ビル 有限責任中間法人 学会支援機構内  
TEL : 03-5206-6007



## 生体臓器移植ドナー用 説明書

### ◇臓器移植登録事業について

日本移植学会登録委員会のもと、全国の移植施設の参加により、日本における臓器移植例の全例調査を目標に登録事務局に登録します。本登録システムによりデータを集積し、各臓器移植の症例数、生存率・生着率等の基礎データを集計・解析し日本における移植医療の評価・発展に資することを目的としています。

また、生体臓器移植の場合、ドナー（臓器提供者）の手術後の経過を長期的に調査することも重要であることから、ドナーについても登録し追跡調査を実施します。

### ◇登録後のデータの利用について

レシピエントだけでなくドナーの移植に関する診療上のデータや、移植手術後の経過に関する情報は、移植医療の評価・発展のためには非常に重要なデータです。登録後のデータの利用について以下の説明をお読みの上、ぜひ登録にご協力をお願いします。

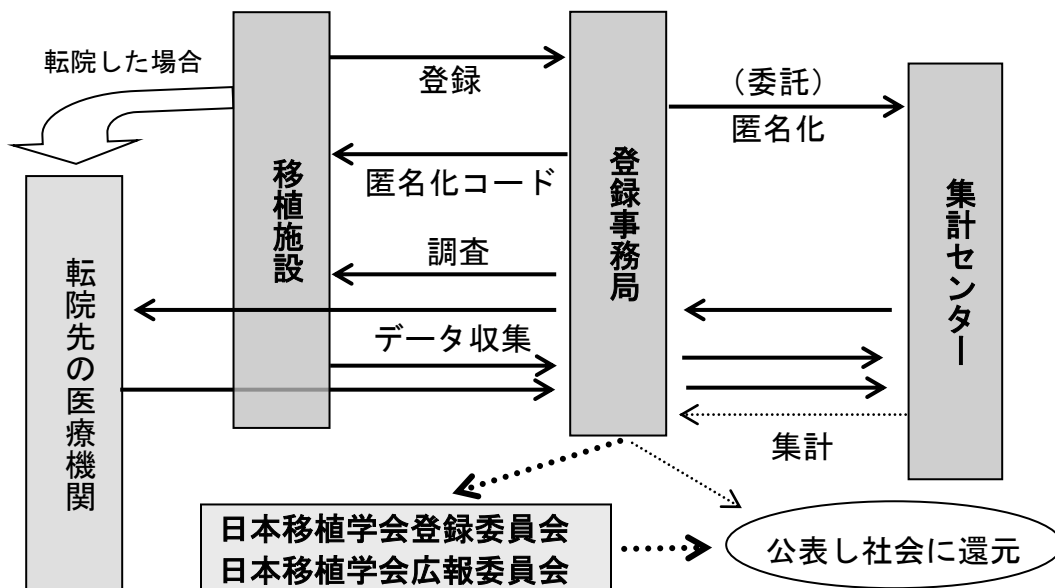
- 登録後に移植施設から報告されるデータは、多施設から収集・集積・集計し、個人が特定されない形で結果を、学会・学術雑誌などに公表し社会に還元します。
- 各臓器移植研究会、日本移植学会登録委員会が承認した場合には、研究や統計などを目的に、関係する移植施設・学会などに、個人が特定されない形でデータを提供する場合があります。ただし、あなたが診療をうける病院・診療所などを変更した場合、変更後の医療機関に、あなたの移植手術後の経過や使用薬剤などについて情報提供をお願いすることがあります。その際、当該医療機関へ郵送する調査票には対象者を特定するために、あなたの氏名・移植日・移植施設名などが記載されることもあります。
- 同意の有無にかかわらずあなたの治療上、不利益を受けることはありません。また同意した後でも自由にとりやめることが可能です。

### 【問い合わせ先】

〇〇病院 対応窓口： 住所

電話 -----

日本移植学会登録委員会、新宿区改代町26-1三田村ビル 有限責任中間法人 学会支援機構内  
TEL：03-5206-6007



同意書  
＜施設保管用＞

～患者（代諾者）様 記入欄～

〇〇病院 病院長 殿

私は、臓器移植登録事業について担当医師から説明を受け、これを十分に理解しましたので、担当医師により本事業の登録システムに登録されることにつき同意いたします。

令和 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_

※代諾者氏名： \_\_\_\_\_ 患者との続柄： \_\_\_\_\_ 本人記載不能の理由： \_\_\_\_\_  
※年齢・本人記載不能などの理由で家族が代諾する場合のみ

～登録担当医師 記入欄～

私は、臓器移植登録事業および登録後のデータ利用についての説明書および同意書に基づき上記、対象者（または代諾者）に説明し、意思を確認しました。

令和 年 月 日

所属・科： \_\_\_\_\_ 担当者職： \_\_\_\_\_ 担当者名： \_\_\_\_\_

-----  
登録担当医師 備考欄

登録事務局へ登録した日 令和 年 月 日

登録コード： \_\_\_\_\_ （登録事務局から登録後、通知されるコード）

施設内管理番号： \_\_\_\_\_