



医療スタッフの皆様へ

こちらの用紙をお受け取りになられた、または「臓器提供について考えてみたい」とのお申し出があった場合には、下記までお問合せください。

公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク
0120-22-0149 (ドナー情報 24時間対応)

キ
リ
ト
リ

【発行元】

令和2年9月発行 登録番号(2)151
東京都福祉保健局保健政策部疾病対策課
〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

 東京都福祉保健局

リサイクル適性 

この印刷物は、印刷用の紙へ
リサイクルできます。

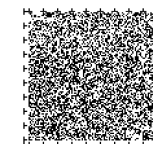
R70

古紙パルプ配合率70%再生紙を使用しています
石油系溶剤を含まないインクを使用しています



患者様のご家族へ

～東京都からのお知らせ～



いま一度 ご確認ください

皆さまには、大変つらく悲しい時と存じますが、東京都では患者様やご家族の意思・権利を守るため、臓器提供についてのお考えを確認させていただいております。

ご本人は、臓器提供について意思表示されて
いましたか？

臓器提供について
考えてみたい

臓器提供の話は
聞きたくない

どちらのお考えも尊重されます。

◆主治医は患者様・ご家族の意思を尊重します。

◆臓器移植に関するお話は、専門の移植コーディネーターが行います。お話を聞いた後、必ず臓器提供をしなければならないものではありません。

◆提供する／しないにより患者様やご家族の治療上の不利益になることはありません。

◆ご本人の意思が不明な場合でも、ご家族の承諾によって、臓器提供は可能です。

健康保険証などの意思表示欄

◎健康保険証(例)

健康保険証 本人(特例申請) 0122
 健康保険証番号 平成29年10月14日交付
 氏名 花子 性別 女
 生年月日 昭和57年10月 24日 住所 東京都港区
 発給年月日 平成28年10月 10日
 健康保険料納付済月数 0000(月)

健康保険証 本人(特例申請) 0122
 健康保険証番号 平成29年10月14日交付
 氏名 花子 性別 女
 生年月日 昭和57年10月 24日 住所 東京都港区
 発給年月日 平成28年10月 10日
 健康保険料納付済月数 0000(月)

◎運転免許証(例)

以下のお話は臓器移植に関するお話を専門のコーディネーターが行います。お話を聞いた後、必ず臓器提供をしなければならないものではありません。

1. 本人は、臓器提供を希望する旨を意思表示することができます。(記載は自由です)
 2. 本人は、臓器提供を希望しない旨を意思表示することができます。
 3. 本人は、臓器提供を希望しない旨を意思表示し、臓器提供を希望しません。
 4. 本人は、臓器提供を希望しない旨を意思表示し、臓器提供を希望しません。
 5. 本人は、臓器提供を希望しない旨を意思表示し、臓器提供を希望しません。
 6. 本人は、臓器提供を希望しない旨を意思表示し、臓器提供を希望しません。

【記載欄】
 臓器提供を希望する旨を意思表示する欄として取用できます。(記載は自由です)
 1. 本人は、臓器提供を希望する旨を意思表示し、臓器提供を希望します。
 2. 本人は、臓器提供を希望しない旨を意思表示し、臓器提供を希望しません。
 3. 本人は、臓器提供を希望しない旨を意思表示し、臓器提供を希望しません。
 4. 本人は、臓器提供を希望しない旨を意思表示し、臓器提供を希望しません。
 5. 本人は、臓器提供を希望しない旨を意思表示し、臓器提供を希望しません。
 6. 本人は、臓器提供を希望しない旨を意思表示し、臓器提供を希望しません。

【特記欄】
 臓器提供を希望する旨を意思表示する欄として取用できます。(記載は自由です)
 1. 本人は、臓器提供を希望する旨を意思表示し、臓器提供を希望します。
 2. 本人は、臓器提供を希望しない旨を意思表示し、臓器提供を希望しません。
 3. 本人は、臓器提供を希望しない旨を意思表示し、臓器提供を希望しません。
 4. 本人は、臓器提供を希望しない旨を意思表示し、臓器提供を希望しません。
 5. 本人は、臓器提供を希望しない旨を意思表示し、臓器提供を希望しません。
 6. 本人は、臓器提供を希望しない旨を意思表示し、臓器提供を希望しません。

◎マイナンバーカード(例)

氏名 番号 花子
 住所 東京都港区△町△丁目△番地△号
 性別 女
 生年月日 平成元年 3月31日生 2026年 3月31日まで有効
 01234567890123 1234

臓器提供について
移植コーディネーターからの
詳しい説明を希望される場合は、
主治医や病院スタッフへ
お申し出ください。

または、以下の項目に○をつけていただき、
主治医の先生方にお渡しいただいても構いません。

1. 患者様ご本人は、左記の健康保険証などにより、
臓器提供について意思表示されていませんか？

はい ・ いいえ ・ わからない

2. 臓器移植コーディネーターから、臓器提供に
関するお話を聞きになりたいですか？

はい ・ いいえ

ご記入日： 年 月 日

ご記入された方のお名前：

様

ご協力いただき、ありがとうございました。

