

組織提供承諾書

組織の提供を行う者

氏名 _____ 年 月 日 生まれ (男 女)

住所 _____

私は、組織を提供することについて別紙の通り説明を受け、十分理解いたしました。
この上で、上記の者の心臓が停止したのちに、組織の提供を受けることを承諾します。

また、この組織は、移植の為のみならず、組織移植医療推進のための教育・研究にも
用いられることを併せて承諾します。

提供を承諾する組織（摘出を承諾する組織は○で囲み、摘出を希望しない組織は×を付ける）

心臓弁 血管 気管 皮膚 骨 臍細胞 耳小骨

平成 年 月 日

_____ 病院

施設長 _____ 殿

東日本組織移植ネットワーク 代表世話人

島崎修次 殿

氏名(自署) _____ 印

住 所 _____

電話番号 _____

組織の提供を行う者との続柄 _____

説明者(自署) _____ 印

提供病院名

病院

平成 年 月 日

Skin Bank Time Table

時 分	採取チームOpe室到着
時 分	消毒開始 (面)
時 分	皮下注射開始 (面)
時 分	採皮開始 (面)
時 分	採皮終了 (面)
時 分	消毒開始 (面)
時 分	皮下注射開始 (面)
時 分	採皮開始 (面)
時 分	採皮終了 (面)
時 分	採取チームOpe室退出

採取チーム派遣人員リスト

		氏名	施設名	所属
採取医	1			
	2			
	3			
	4			
外回り	5			
	6			
	7			

確認者氏名

JSBN Lot No. _____

提供施設名 _____ 提供日 年 月 日 ()

患者氏名 _____ 性別 M F 年齢 _____

原疾患 _____

採取チーム _____

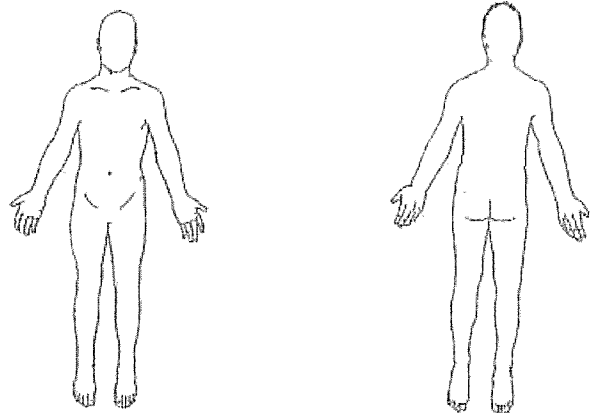
(氏名) _____

タイムテーブル

(前 背) 面	時 分	採取チーム手術室入室
	時 分	↓ 消毒開始 ↓ 消毒方法：イソジン→ハイポ→ヘキサック ()
	時 分	↓ 皮下注射開始 ↓ 皮下注量：ソルラクト _____ ml
	時 分	↓ 採皮開始 ↓ デルマトーム：ジンマー () パジェット () ()
	時 分	↓ 採皮終了
(前 背) 面	時 分	↓ 消毒開始 ↓ 消毒方法：イソジン→ハイポ→ヘキサック ()
	時 分	↓ 皮下注射開始 ↓ 皮下注量：ソルラクト _____ ml
	時 分	↓ 採皮開始
	時 分	↓ 採皮終了
	時 分	採取チーム手術室退室

採皮部位の記入

- 採皮部位：前面 胸部 (右 左)
 腹部 (右 左)
 腕 (右 左)
 大腿 (右 左)
 下腿 (右 左)
 背面 背中 (右 左)
 臀部 (右 左)
 大腿 (右 左)
 下腿 (右 左)
 その他・問題点



所属 _____

記録者 _____

日本スキンバンクネットワーク
代表 島崎修次 殿

採皮証明書

私は日本スキンバンクネットワークの一員として
_____病院における皮膚採取手術を行いました
したことを、ここに証明します。

平成 年 月 日

所属_____ 氏名_____

所属_____ 氏名_____

所属_____ 氏名_____

感謝状

故 (氏名) 殿

あなたは、のたび日本スキンバンクネット
ワークに皮膚の提供をされ、重症熱傷で
苦しんでおられる方々の救命に希望を
もたらされました
その崇高な御心は社会に大いなる貢献と
光明を与えるものです
よってここに深く感謝の意を表します

平成 年 月 日

日本スキンバンクネットワーク

代表 島崎 修次

平成 年 月 日

病院 御中

過日はスキンバンクに御協力を賜り、誠に有り難うございました。

ご提供日	年 月 日
ご提供者	様 歳
原疾患	
ご提供組織	皮膚 枚(約 100 cm ²) (部位・……)
	その他(心臓弁・血管・眼球)
摘出チーム	日本スキンバンクネットワーク (採取チーム名)

【ご提供いただいた皮膚について】

現在、日本スキンバンクネットワークの保存施設である杏林大学スキンバンクにて厳重な管理の下、凍結死体同種皮膚として保存しております。今後、全国各地の広範囲熱傷患者様に移植させて頂く予定です。

【ご遺族の方への対応】

ささやかではございますが、東京スキンバンクネットワークより、感謝状を送付させて頂きました。移植後の報告等、今後ともお悔やみと感謝の念を持って、対応させて頂く所存です。

杏林大学組織移植センター内
日本スキンバンクネットワーク事務局
組織移植コーディネーター

〇〇 〇〇

(活動報告書記載例)

1/1
(月)

- 12:00 ○○よりドナー情報第一報を受信
- 12:10 コーディネーターを提供病院へ派遣
- 13:00 提供病院に到着 第一次情報収集
- 14:00 インフォームドコンセント開始
ご家族は提供に前向きで、意志が強い
- 14:40 インフォームドコンセント終了
承諾書の作成
- 15:00 スキンバンクチーム杏林を出発
- 17:30 スキンバンクチーム提供病院に到着
- 17:40 皮膚採取術開始 (別紙参照)
- 19:40 皮膚採取術終了
- 19:50 お見送り
- 20:10 提供病院を辞去

活動報告がNo. 1にて終わらなかった場合、同様に記載していく

問題点

- ・第一報から採取手術までの一連の流れで気付いた点
- ・提供病院での家族対応の問題点
- ・組織採取時の問題点
- ・他の組織バンクとの連携における問題点
- ・今後、改善すべき目標

などを記載する

フォローアップ

- ・ご家族訪問時の様子
- ・提供病院への報告の様子
- ・訪問時に受けた質問や、今後のフォローアップについて

などを記載する

感謝状希望

移植後報告希望

感謝状送付

送付日

移植後報告日

Donor Information Sheet

書式11

JSBN Lot NO. KYO-

性別

年齢

採皮年月日

原疾患(死因)

既往歴

RBC

部位

一般細菌／真菌検査

結核菌検査

WBC

PLT

GOT

GPT

γ-GTP

HBs 抗原

Labo data評価

HCV 抗体

HIV-1抗体

HIV-2抗体

HTLV-1抗体

CMV抗体

ガラス板法

TPHA

パルボVB19DNA

ABO

以上の検査結果を確認の上、皮膚を供給する事は

Rh Type D

問題ないと考えます。

HLA Type A

問題あるため破棄又は研究転用します。

HLA Type B

HLA Type DR

Medical consultant

印

バンク長

島崎 修次

バンク担当者

Donor Skin Preservation Sheet

書式12

JSBN Lot NO.	KYO-	性別	年齢
死亡年月日			

採皮までの時間 (心停止～採皮開始)	時間	分	
保存液の組成	GIT 140ml	GRYCEROL 30ml	ダイゴGF 30ml

一時保存時間 (採皮終了～冷凍開始)	時間	分	保存温度 4 °C
冷凍保管開始日時			冷凍速度 -1°C/分

冷凍保管温度記録	タンクNo.	ラック	
記録日時	長期保存温度 -196 °C		記録者

採皮部位	面積(cm ²)	単位(U)	枚数(枚)	備考
計		<u> </u> U	<u> </u> 枚	

バンク長
島崎 修次
バンク担当者

凍結皮膚保存表

書式 13

JSBN LOT NO, KYO— — — .

サンプルカット	【部位】	【保存枚数】			【皮膚状態】	
ナシ	_____	(大)	x	x	x	_____
		(小)	x	(_____)		_____
		(小)	x	(_____)		_____
①	_____	(大)	x	x	x	_____
		(小)	x	(_____)		_____
		(小)	x	(_____)		_____
②	_____	(大)	x	x	x	_____
		(小)	x	(_____)		_____
		(小)	x	(_____)		_____
③	_____	(大)	x	x	x	_____
		(小)	x	(_____)		_____
		(小)	x	(_____)		_____
④	_____	(大)	x	x	x	_____
		(小)	x	(_____)		_____
		(小)	x	(_____)		_____
キザ1	_____	(大)	x	x	x	_____
		(小)	x	(_____)		_____
		(小)	x	(_____)		_____
計 _____ 単位 (_____ 枚)		(小)	x	(_____)		_____

プログラミングフリーザー開始日時: 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時 ____ 分

凍結作業日時 : ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時 ____ 分 ~ ____ 時 ____ 分

保存タンク NO. _____ ラック
保存タンク NO. _____ ラック
保存タンク NO. _____ ラック

保存記録者署名 _____ 印
_____ 印

採皮物品チェックリスト

KYO-

書式14

品名 (消耗品)				持参数	使用数	残数確認	品名 (消耗品)				持参数	使用数	残数確認								
洗浄用ブラシ				8 個	個	個	滅菌カップ				8 個	個	個								
未滅菌ガウン				5 枚	枚	枚	メコノムシート				5 枚	枚	枚								
滅菌手袋	5 1/2	4 枚	枚	枚	手袋 (M)	10 組	組	組	手袋 (L)	10 組	組	組									
	6	6 組	組	組		術衣一式 (男) (女)	5 組	組		組	5 組	組	組								
	6 1/2	6 組	組	組	18G針		5 本	本	本	点滴セット		3 本	本	本							
	7	8 組	組	組			延長チューブ	3 本	本			本	シリンジ (10ml・30ml・50ml)	各3本	本	本					
	7 1/2	8 組	組	組				トランスポアー	5 巻			巻		巻	吸水パット	20 枚	枚	枚			
	8	2 組	組	組		未滅菌ガーゼ			2 束		束	束		ゴミ袋 (黒・白)		各10枚	枚	枚			
滅菌術衣				8 枚	枚				枚	デルマトーム刃	Zimmer	4 枚				枚	枚	18G針	2 本	本	本
ドレープ	小	3 枚	枚	枚	Stryker		2 枚		枚		枚	スパイナル針	2 本			本	本				
	大	10 枚	枚	枚			Aesculap	2 枚	枚		枚		シリンジ (10ml)		2 本	本	本				
	機械台	2 枚	枚	枚		Padgett		4 枚	枚		枚			滅菌グリセリン	新品	1 本	本		本		
滅菌ガーゼ				5 袋				袋	袋	再滅菌	1 本				本	本	イソジン	2 本	本	本	
滅菌ガーゼ	小	3 枚	枚	枚	Zimmer			4 枚	枚		枚	新品			1 本	本		本	ハイドアルコール	新品	1 本
	大	10 枚	枚	枚			Stryker	2 枚	枚		枚		開封済		1 本	本		本		0.05%ヘキサック水	2 本
	機械台	2 枚	枚	枚		Aesculap		2 枚	枚		枚			縫合セット	持針器	1 本		本			本
滅菌ガーゼ				5 袋				袋	袋	Padgett	4 枚				枚	枚	はさみ	1 本			本
デルマトーム刃	Zimmer	4 枚	枚	枚	採血管			プレーン	2 本		本	本			包帯	1 本		本	本		
	Stryker	2 枚	枚	枚			2Na	2 本	本		本	テガダーム	5 枚			枚		枚			
	Aesculap	2 枚	枚	枚		2K		2 本	本		本		針付き糸	11L-3-0		2 本		本	本		
Padgett	4 枚	枚	枚	縫合セット				持針器	1 本	本	本			11L-5-0		2 本	本	本			
滅菌グリセリン	新品	1 本	本		本			はさみ	1 本	本	本				19L-5-0	2 本	本	本			
再滅菌	1 本	本	本		包帯		1 本		本	本	テガダーム	5 枚				枚	枚				
イソジン	2 本	本	本			縫合セット	持針器		1 本	本		本	針付き糸			11L-3-0	2 本	本	本		
ハイドアルコール	新品	1 本	本	本			はさみ		1 本	本		本		11L-5-0		2 本	本	本			
開封済	1 本	本	本	包帯				1 本	本	本		テガダーム			5 枚	枚	枚				
0.05%ヘキサック水	2 本	本	本		縫合セット			持針器	1 本	本	本				針付き糸	19L-5-0	2 本	本	本		
ソルラクト	12 袋	袋	袋			縫合セット		はさみ	1 本	本	本		針付き糸			11L-3-0	2 本	本	本		
生理食塩水	9 本	本	本				縫合セット	包帯	1 本	本	本			針付き糸		11L-5-0	2 本	本	本		
GIT	1 本	本	本	縫合セット				テガダーム	5 枚	枚	枚	針付き糸				19L-5-0	2 本	本	本		
カナマイシン (シリンジ、18G針各1本付)	10 A	A	A		縫合セット			針付き糸	11L-3-0	2 本	本				本	針付き糸	11L-5-0	2 本	本	本	

品名		出動時	終了時
デルマトーム & バッテリー	Zimmer 1台		
デルマトーム & バッテリー	Padgett 1台		
滅菌ボール	3個		
セッシ	4本		
クーパー	1本		
採皮部数	部位	カップ	個

品名		出動時	終了時
円座 (ゲル付き)	1個		
透析用シングルローターポンプ	2台		
チューブ (18G針付)	2本		
延長コード	1本		
バケツ	2個		
クーラーBOX (アイスノン入り)	1個		

採皮セット作成日 年 月 日 採取日 年 月 日

確認者 _____

確認者 _____

採皮物品チェックリスト

KYO-

[スーツケース用]

品名(消耗品)				持参数	使用数	残数確認	品名(消耗品)				持参数	使用数	残数確認		
洗浄用ブラシ				8 個	個	個	滅菌カップ				8 個	個	個		
未滅菌ガウン				5 枚	枚	枚	メコノムシート				5 枚	枚	枚		
滅菌手袋	5 1/2	4 枚	枚	枚	滅菌手袋 (M) (L)	5 組	組	組	術衣一式 (男) (女)	5 組	組	組			
	6	6 組	組	組		5 組	組	組							
	6 1/2	6 組	組	組		5 組	組	組							
	7	6 組	組	組		5 組	組	組							
	7 1/2	6 組	組	組		皮下注セット	18G針	5 本	本	本					
	8	2 組	組	組			点滴セット	3 本	本	本					
滅菌術衣				6 枚	枚	枚	延長チューブ				3 本	本	本		
ドレープ	小	5 枚	枚	枚	シリンジ (10ml・30ml・50ml)	各3本			本	本	本				
	大	6 枚	枚	枚		トランスポアー	5 巻	巻	巻						
	機械台	2 枚	枚	枚		吸水パット	20 枚	枚	枚						
滅菌ガーゼ				5 袋	袋	袋	未滅菌ガーゼ				2 束	束	束		
デルマトーム刃	Zimmer	4 枚	枚	枚	ゴミ袋(黒・白)				各10枚			枚	枚		
	Stryker	2 枚	枚	枚	採血セット	18G針				2 本	本	本			
	Aesculap	2 枚	枚	枚		スパイナル針				2 本	本	本			
	Padgett	4 枚	枚	枚		シリンジ(10ml)				2 本	本	本			
滅菌グリセリン	新品	1 本	本	本		採血管	プレーン				2 本	本	本		
再滅菌	1 本	本	本	本	2Na				2 本	本	本				
イソジン	2 本	本	本	本	2K				2 本	本	本				
ハイアルコール	新品	1 本	本	本	縫合セット				持針器				1 本	本	本
	開封済	1 本	本	本	はさみ				1 本	本	本				
0.05%ヘキサック水				2 本	本	本	包帯				1 本	本	本		
ソルラクト				8 袋	袋	袋	テガダーム				5 枚	枚	枚		
生理食塩水				8 本	本	本	針付き糸	11L-3-0				2 本	本	本	
GIT				1 本	本	本		11L-5-0				2 本	本	本	
カナマイシン (シリンジ、18G針各1本付)				10 A	A	A		19L-5-0				2 本	本	本	

品名		出動時	終了時
デルマトーム&バッテリー	Zimmer 1台		
デルマトーム&バッテリー	Padgett 1台		
滅菌ボール	3個		
セッシ	4本		
クーパー	1本		
採皮部数	部位	カップ	個

品名		出動時	終了時
円座 (ゲル付き)	1個		
透析用シングルローターポンプ	2台		
チューブ (18G針付)	2本		
延長コード	1本		
バケツ	2個		
クーラーBOX (アイスノン入り)	1個		

採皮セット作成日 年 月 日 採取日 年 月 日

確認者 _____

確認者 _____

滅菌期限

物品名	期限	期限	期限
カップ			
ボール			
セッシン			
クーパー			
チューブ			
デルマトーム			
持針器			

不足物品 *補充したらチェック*

Tokyo Skin Bank Net Work
 日本スキンバンクネットワーク事務局
 〒186-8611 東京都三鷹市新川 6-20-2
 TEL 0422-40-7227
 FAX 0422-40-7226

ファクシミリ送付のご案内

送信先：

発信元：日本スキンバンクネットワーク事務局

FAX 番号：

送信枚数（送付状を含まない）：
1 枚

電話番号：

要件：

Recipient Information Sheet の送付の件

連絡事項：

お世話になります。

Recipient Information Sheetを送付させていただきますので、必要事項をご記入の上ご返信下さい。

また、皮膚の最大在庫枚数は15枚(1500cm²)（小を含む）とさせて頂いておりますので、ご了承願います。

宜しく願い申し上げます。

横：15 c m

縦：
7.5 c m

Allo graftの原寸大（約100cm²）

*（小）はこのサイズよりも小さいものになります

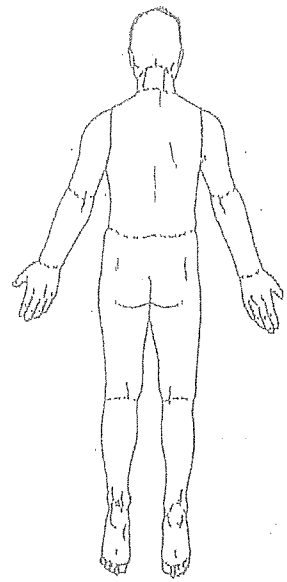
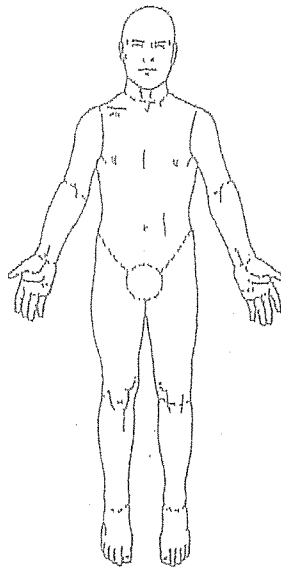
この文書は患者様のプライバシーに係わるものですので
取り扱いには十分注意をお願い致します。

Recipient Information Sheet

この用紙はスキンバンクのレシピエントの方の情報を書き込んで頂く用紙です

使用施設名 _____ 診療科名 _____

- ・ 名前 _____ 性別 M・F
- ・ 生年月日 M T S H ___年___月___日 ___歳
- ・ 血液型 _____
- ・ 受傷日 H___年___月___日
- ・ BI _____
- ・ 熱傷面積 I° II° III° _____ (%)
- ・ 気道熱傷 有・無 _____
- ・ 受傷部位 _____
- ・ 受傷状況 _____



Allograft 使用部位

- ・ 手術予定日時 ___月___日___時～
- ・ 手術予定部位 _____
(右図に記入して下さい)
- ・ Allograft 使用回数 _____回目
- ・ Allograft 希望単位 _____単位 (1 単位=100cm²)
- ・ 到着希望日時 ___月___日___時頃
- ・ 到着希望場所 〒 _____

タンクの到着場所を明記して下さい

例) 形成外科医局

手術室 etc

☎ _____

Fax _____

- ・ 担当者 _____

日本スキンバンクネットワーク事務局までご返送下さい

Fax No.0422-40-7226