

第 4 号様式

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

角膜・強膜移植手術希望者連絡票

東京歯科大学市川総合病院  
角膜センター・アイバンク  
センター長 山口 剛史 殿

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

下記の者は、当医療機関において適応検査も完了し、角膜・強膜提供を受ければ移植手術が可能であります。貴アイバンクからの公平なあっせんを希望します。

入約日	患者 ID 氏名	生年月日 年齢/性別	住所 (区・市まで)	主治医	疾患名	手術日・術式	強角膜/強膜 ※○をつけて下さい
記入例 H 21 12/10	02-1000-5 市川太郎	昭和 50 年 1 / 1 34 歳 男	千葉県 市川市	千葉花子	円錐角膜	H22/1/10 手術 DALK	強角膜 1/2 強膜 1/6 強膜(緑内障用)
(お一人目)							強角膜 1/2 強膜 1/6 強膜(緑内障用)
(お二人目)							強角膜 1/2 強膜 1/6 強膜(緑内障用)
(お三人目)							強角膜 1/2 強膜 1/6 強膜(緑内障用)