

第 10 号様式

移植実施報告書

この度、貴アイバンクより角膜または強膜のあっせんを受け、移植手術を行ないましたことを下記のとおり報告いたします。

Tissue No. _____

移植医療機関名	
移植施術者名	印
主治医名	印
患者氏名	(歳) 男・女
患者住所	〒
患者電話	() -
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
疾患名	右・左 ()
手術方法(術式)	
手術日時 西暦	年 月 日 時 分～ 時 分
その他のコメント：	

主治医は、術後 15 日以内にこの書式を下記までお送りください。

〒272-8513 市川市菅野 5-11-13

東京歯科大学市川総合病院 角膜センター・アイバンク

TEL: 047- 324- 1010 FAX: 047- 324 - 8590