

第 11 号様式

角膜・強膜評価報告書

この度、貴アイバンクよりあっせんを受け、西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日に移植手術を行った組織についての評価を、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	
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	全層角膜移植術・表層角膜移植術・その他 (_____)	
手術日時	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分～ _____ 時 _____ 分	
移植した組織の状況		
角 膜	強 膜	経 過：
上 皮：		
実 質：		
Descemet 膜：		
内 皮：		
1. Primary graft failure が生じましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
2. 術後に角膜炎または眼内炎が生じましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
3. 移植後、合併症が生じましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
提供残組織の培養の結果	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
	(細菌名： _____)	
強角膜保存液培養の結果	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
	(細菌名： _____)	
その他のコメント：		

術者は、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