

第 17 号様式

緊急角膜あっせん申込書

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

下記の者は、当医療機関において緊急に角膜移植手術が必要であると判断いたしましたので、角膜の斡旋を希望いたします。

申込日 : \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

主治医名 : \_\_\_\_\_ 印

医療機関名 : \_\_\_\_\_

医療機関所在地 : \_\_\_\_\_

患者 ID・氏名 : \_\_\_\_\_

患者年齢・性別 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

患者住所 : \_\_\_\_\_

疾患名 : \_\_\_\_\_ (右 ・ 左)

緊急斡旋申込理由および予定術者・手術日・術式 :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* 角膜センター・アイバンクにて記入

受領日 \_\_\_\_\_ 角膜センター・アイバンク

Tissue No. \_\_\_\_\_ 医学基準委員長 \_\_\_\_\_ 印