

第 20 号様式

必要性が高いと判断される移植術へのあっせん申込書

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、角膜移植手術の必要性が高いと判断いたしましたので、角膜のあっせんに希望いたします。

申込日 : \_\_\_\_\_ 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)

必要性の高い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