

角膜・強膜移植記録書 (施行規則第7条)

移植を受けた患者

氏名 _____ 住所 _____
性別 _____ 生年月日 ____年 ____月 ____日生

移植日時 ____年 ____月 ____日 午前・午後 ____時 ____分 (開始時)
~ ____年 ____月 ____日 午前・午後 ____時 ____分 (終了時)

移植を行った医療機関

名称 _____ 所在地 _____

移植医 氏名 _____

住所 _____

(又は所属医療機関の所在地及び名称)

移植した眼球組織の名称 角膜 (右・左) 強膜 (右・左)

移植を行う必要性 (病名)

移植を行うことに承諾がある (承諾がある ・ 承諾がない)

承諾者の氏名 _____

住所 _____

移植を受けた者との続柄 _____

アイバンク名

_____ 住所 _____

移植医が特に必要と認めた事項

記録作成日 ____年 ____月 ____日

記録作成者 氏名 _____ 印 _____
(移植医)