



公益財団法人

兵庫アイバンク 角膜移植待機登録申込書

病院名 _____ 担当医 _____

申込年月日 年 月 日 カルテ番号 _____

ふりがな
患者氏名 _____ (男・女)

生年月日 年 月 日 (歳) _____

郵便番号 (-) _____

住所 _____

電話番号① () _____ 電話番号② () _____

病名 (右・左) _____

予定術式 (右・左) _____

全身疾患 _____

担当医 メールアドレス _____

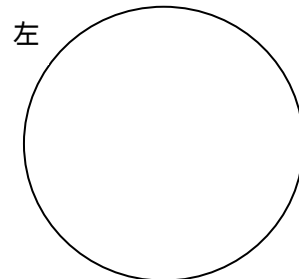
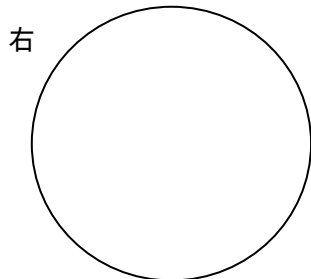
RV= () RT= (mm Hg)

LV= () LT= (mm Hg)

検査日 (年 月 日)

※当該患者様の状態で ○ して下さい。

<input type="radio"/>	A 緊急	角膜穿孔症例を対象とする。広域斡旋を視野に入れ即時斡旋。
<input type="radio"/>	B 至急	疼痛、対眼視力等により担当医が判断する。
<input type="radio"/>	C 待機	通常の待機順位をとる。
<input type="radio"/>	D 登録	担当医の判断にて一応登録。待機順には入らない。



以上ご記入いただけましたら FAX **078-382-6723** まで
もしくは郵送かEメールにて兵庫アイバンク事務局までお送り下さい。

公益財団法人 兵庫アイバンク

〒650-0017 神戸市中央区楠町 7-5-2 神戸大学医学部付属病院内

TEL 078-382-6046 Eメール: info@hyogo-eyebank.or.jp