



公益財団法人

# 兵庫アイバンク 移植用強膜オーダー用紙

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 ( ) \_\_\_\_\_

病名 (右・左) \_\_\_\_\_

予定術式 (右・左) \_\_\_\_\_

強膜のサイズ ( インプラントパッチ用強膜(1cm×1cm) ・ 1/2 ・ 全球 ) \_\_\_\_\_

手術予定日 年 月 日 希望到着日 年 月 日

お届け先 医局宛 ・ 眼科外来宛 ・ その他 ( ) \_\_\_\_\_

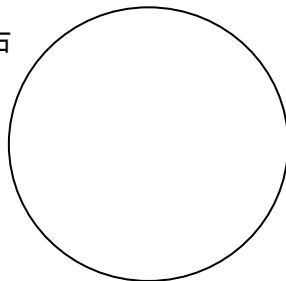
担当医 メールアドレス \_\_\_\_\_

RV= ( ) RT= ( mm Hg)

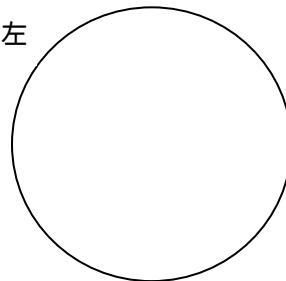
LV= ( ) LT= ( mm Hg)

検査日 ( 年 月 日)

右



左



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