



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 (_____ - _____)

患者住所 _____

患者電話番号① (_____) 患者電話番号② (_____)

病名 (右・左) _____

予定術式 (右・左) _____

移植回数 ・ 1 回目 _____ ・ 複数回 (_____)

前回術式 _____

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。

	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。
	B 至急	疼痛、対眼視力等により担当医が判断する。
	C 待機	通常の待機順位をとる。
	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 Eメール：info@hyogo-eyebank.or.jp まで
もしくは郵送か FAX 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 FAX 078-382-6723