



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