



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)

患者生年月日 年 月 日 (歳) _____

郵便番号 (-) _____

患者住所 _____

患者電話番号 () _____

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 ・ 手術室宛 _____

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)

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