

術者報告書③(経過報告)

手術日(移植日)	(西暦) 年 月 日
羊膜ID	KUH-
レシピエントID(カルテナンバー)	
レシピエント氏名(ふりがな)	(男・女)
術式	<input type="checkbox"/> 羊膜グラフト <input type="checkbox"/> 羊膜スタッフ <input type="checkbox"/> 羊膜パッチ
術眼	<input type="checkbox"/> 両目 <input type="checkbox"/> 右目 <input type="checkbox"/> 左目

レシピエントが移植術後、HIV、肝炎、梅毒などの全身病にかかっていますか？

はい いいえ 不明

primary graft failureがありましたか？

はい いいえ

拒絶反応がありましたか？

はい いいえ

術後感染症はありましたか？

はい いいえ

その他合併症はありましたか？

はい いいえ

上記「はい」にあてはまる場合は詳細をご記入ください。またその他コメントがあればお書きください。

()

記載日	(西暦) 年 月 日
医療機関名	
記載者	