

術者報告書①(患者情報)

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)			
レシピエント生年月日・年齢	S・H・西暦	年	月	日
病態	<input type="checkbox"/> 上皮欠損 <input type="checkbox"/> 輪部機能不全 <input type="checkbox"/> 結膜欠損 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 眼球癒着・結膜囊短縮 <input type="checkbox"/> 角膜穿孔・切迫穿孔・潰瘍			
疾患	<input type="checkbox"/> 眼類天疱瘡 <input type="checkbox"/> 潰瘍性疾患 <input type="checkbox"/> 移植片対宿主病 <input type="checkbox"/> 偽眼類天疱瘡 <input type="checkbox"/> 翼状片 <input type="checkbox"/> 角膜感染症 <input type="checkbox"/> 熱・化学外傷 <input type="checkbox"/> 水疱性角膜症 <input type="checkbox"/> Stevens-Johnson病 <input type="checkbox"/> 外傷・CL障害 <input type="checkbox"/> Mooren潰瘍 <input type="checkbox"/> その他()			
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			
併施手術	<input type="checkbox"/> 併施手術なし <input type="checkbox"/> 翼状片切除 <input type="checkbox"/> 結膜嚢形成 <input type="checkbox"/> 角膜移植 <input type="checkbox"/> 有茎結膜弁移植 <input type="checkbox"/> 治療的角膜切除 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 遊離弁結膜移植 <input type="checkbox"/> 腫瘍摘出 ()			
不使用時	<input type="checkbox"/> 手術日の変更 <input type="checkbox"/> 術式の変更 <input type="checkbox"/> 手術の中止 <input type="checkbox"/> その他()			
羊膜の状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他()			
医療機関名				
術者氏名(認定術者が含まれていること)				

*FAX送信先：0942-37-0324 久留米大学眼科学講座