

移植用ヒト羊膜提供申請書

羊膜枚数 _____ 枚

手術予定日	西暦	年	月	日
レシピエント ID				
(ふりがな) レシピエント氏名				
羊膜移植の対象疾患 該当するものに○	1. 再発翼状片 2. 角膜上皮欠損（角膜移植によるものを含む） 3. 角膜穿孔 4. 角膜化学腐食 5. 角膜瘢痕 6. 瞼球癒着 7. 結膜上皮内過形成 8. 結膜腫瘍 9. スティーブンス・ジョンソン症候群 10. 眼類天疱瘡 11. 熱・化学外傷瘢痕			
医療機関名				-80℃フリーザー (有 ・ 無)
羊膜送付先 送付先は移植医と同部署 の実務担当者をご記入 ください。※ ¹	お届け希望日		月	日 (午前・午後)
	住所	〒		
	名称			
	部署			
	担当者氏名			
	電話番号			
	緊急連絡先			
	FAX			
E-mail				

※¹羊膜はドライアイスと共に梱包され、凍結された状態で搬送します。凍傷にご留意の上、受領後速やかに医療用フリーザー内（可能であれば-80℃）に移動し厳重に保管して下さい。

*FAX送信先：0942-37-0324 久留米大学眼科学講座

_____ 日付
コーディネーターサイン
_____ 日付
メディカルディレクターサイン