

術者報告書③(経過報告)

手術日(移植日)	(西暦)	年	月	日
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				

(羊膜バンク記載欄 羊膜ID:KUH-)

*FAX送信先：0942-37-0324 久留米大学眼科学講座