

羊膜移植報告書

別紙 14-1

西暦 年 月 日

移植した羊膜の Tissue ID	— — —
SHIPPINGの日付	西暦 年 月 日
レシピエント 氏名・性別	様 (男・女)
レシピエント 生年月日・年齢	明治・大正・昭和・平成・西暦 年 月 日 (歳)
レシピエント I.D (カルテ No.)	
病態 番号に○をお付け下さい 出来るだけ1~5から選んで下さい	1. 上皮欠損 2. 結膜欠損 3. 瞼球癒着・結膜嚢短縮 4. 角膜穿孔・切迫穿孔・潰瘍 5. 輪部機能不全 6. その他: _____
疾患 番号に○をお付け下さい	1. 眼類天疱瘡 2. 偽眼類天疱瘡 3. 熱・化学外傷 4. 外傷・CL障害 5. 腫瘍性疾患 6. 翼状片 7. 水疱性角膜症 8. Mooren潰瘍 9. 移植片対宿主病 10. 角膜感染症 11. Stevens-Johnson症候群 12. その他: _____
手術日 (移植日)	西暦 年 月 日
手術眼 手術について 該当項目に○をお付け下さい 併施手術がある場合は術式名を 全てご記入ください (診療報酬請求の内容でなく、 実際に施行された手術を ご記入下さい)	・右眼 ・左眼 ・両眼
	1. 羊膜移植術 2. 羊膜充填術 3. 羊膜被覆術
	1. 羊膜移植単独手術 (併施手術なし) 2. 併施手術あり: A. 翼状片切除 B. 結膜有茎弁移植 C. 結膜遊離弁移植 D. 結膜嚢形成 E. 治療的角膜切除 F. 腫瘍摘出 G. 角膜移植 H. その他: _____
移植医療機関名	
術者氏名 (認定術者医師が含まれること)	
手術時の羊膜の状態 どちらかに☑をお願い致します。問題があった 場合は具体的にご記入ください	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり _____ _____

(羊膜バンクで記載)

メディカルディレクター署名: _____