

# 羊膜移植報告書

西暦 年 月 日

移植した羊膜の組織識別番号	— — —
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.)	
<b>病態</b> 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：_____
<b>疾患</b> 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
<b>手術眼</b> <b>手術について</b> 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)	
<b>手術時の羊膜の状態</b> 問題があった場合は具体的にご記入ください	