**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** | **－　　　　－　　　　　－** |
| **シッピングの日付** | 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**  問題があった場合は具体的にご記入ください |  |