移植用羊膜あっせん申請書

別紙10

西暦　　年　　月　　日

羊膜のサイズと枚数	細切羊膜　（2ｃｍ大）	枚
	その他(研究用)（　ｃｍ×　ｃｍ）	枚
手術予定日	西暦　　年　　月　　日	
患者ID（カルテNo）		
この患者様への羊膜移植は 該当する方に☑をおつけください	□1回目 □2回目以上（＿＿＿回目） 前回の移植日：＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日	
羊膜移植を必要とする状態 該当する番号に☑をおつけください（複数回答可）	□1. 角膜上皮欠損 （腫瘍切除後、癒着解除後、角膜表層切除後、潰瘍底掻爬後　等を含む） □2. 結膜・結膜上皮欠損（腫瘍切除後、癒着解除後、結膜嚢形成　等を含む） □3. 角膜移植（上皮移植を含む）との併用 □4. 角膜潰瘍・角膜穿孔または切迫穿孔 □5. 角膜・結膜のびらん（化学外傷、熱傷　等を含む） □6. その他（＿＿＿＿