

眼 球 摘 出 記 録 書 (心停止下)

(施行規則第6条第1項及び附則第3条第1項)

眼 球 提 供 者	(ふりがな)				登録番号			
	氏 名				登 録 日	年	月 日	
	生年月日	年	月	日生	年 齢	才	性別	男・女
	住 所	〒 (TEL)						
	死亡日時	令和	年	月	日	AM・PM	時	分
	死亡場所 (入院先)							
	死 因 (合併症等)			既 往 歴				
海外渡航歴	有	無	渡航先			渡航年度		
眼 球 摘 出	摘出日時	令和	年	月	日	AM・PM	時 分	
	所 在 地	〒 (TEL)						
	医療機関名							
	摘出医師名							
	摘出臓器名	眼 球 (右 ・ 左)			強角膜片 (右 ・ 左)			
	遺族の承諾	承諾している		遺族ではない者の承諾			(提供者との関係)	
摘出を 承諾した 遺 族	住 所	〒 (TEL)						
	氏 名			続 柄				
生前の意思表示	表示している (ドナーカード・アイバンク登録票)					表示していない		
アイバンク名	公益財団法人 長野県アイバンク・臓器移植推進協会							
備 考								

上記のとおり相違ない。

令和 年 月 日

摘出医師名	(医療機関等)	(氏名)	印
ライオンズ 担当者名	(ライオンズクラブ名)	(氏名)	印