

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