

登録に関するお問い合わせ
献眼(眼球提供)のご連絡は

公益財団法人 福島県臓器移植推進財団
TEL・FAX 024-521-9027

〒960-8670 福島県福島市杉妻町2-16
福島県保健福祉部 地域医療課内

キリトリ線

郵便ハガキ

料金受取人払郵便



差出有効期間
令和3年
8月31日まで

切手を貼らずに
このままご投函
ください。

9 6 0 8 6 7 0

福島県保健福祉部地域医療課内
郵便局私書箱二番十六号
福島市杉妻町二番十六号
公益財団法人
福島県臓器移植推進財団
行

視力障がい者に光を与えるため、このハガキでご協力をお願いします。

ライオンズクラブ会員の方は、一番下の欄にクラブ名を記載してください。

アイバンクに 登録するには

- ① アイバンク登録について、近親者の方々とお話し合ってください。ご登録、ご提供などについて詳しくお知りになりたい方は、アイバンクまでお問い合わせください。



- ② 左の「眼球提供申込書」に必要事項をご記入後、ご返送ください。



- ③ 登録カードが届きましたら、なるべく携帯してください。



個人情報の取り扱いについて

個人情報につきましては、当アイバンクで管理し眼球提供登録および当アイバンクからのご登録者へのお知らせ以外には使用いたしません。

目の不自由な人に 愛の光を...

FUKUSHIMA

eye

EYE BANK

アイバンクに 登録を



アイちゃん

アイバンクとは

ドナー(角膜を提供する人)と
レシピエント(角膜移植を待つ人)の
架け橋の役目をするところです

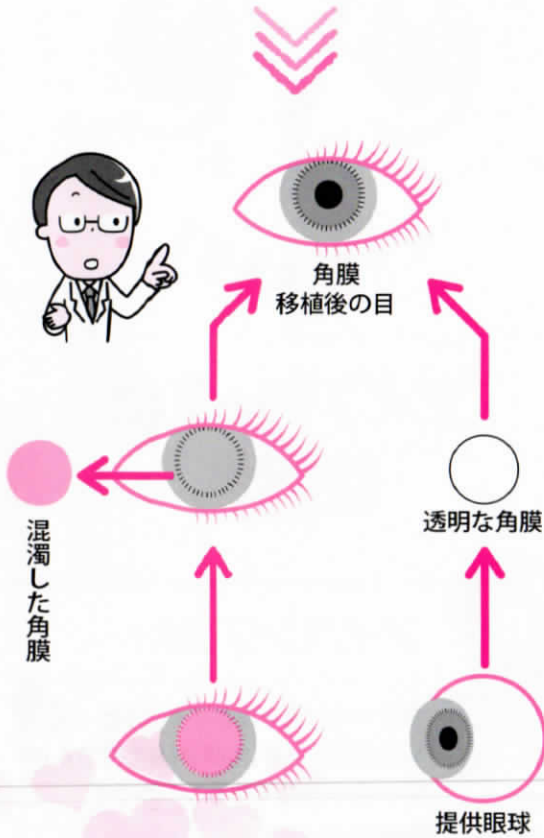
レシピエントの手術が円滑に行われるよう
眼球の提供をしてくださるドナーの登録を行っています



角膜移植とは

眼球の最前部にある、俗に黒目といわれる部分の透明な組織が角膜です。病気やケガで角膜が濁ると見えにくくなります。この濁った角膜を透明な角膜と取り替える手術を角膜移植といいます。(眼球の入れ替えではありません。)

近視・遠視・乱視・老眼・緑内障・白内障の方の角膜でも透明であれば移植可能ですが、厚生労働省の指針により病歴、手術歴などによっては、移植にご提供できない場合があります。



献眼

眼球(角膜)を提供することを「献眼」といいます。アイバンクに登録されていなくても、ご家族の意思で献眼は可能です。献眼には24時間対応しておりますので、ご連絡を頂ければ直ちにお伺いいたします。死後、12時間以内の献眼が理想ですが、まぶたが閉じている、気温が低いなどといった条件が整えば24時間後ぐらいまで献眼可能な場合もあります。最終的には状態を拝見したうえで判断させていただきますので、**早めにご連絡をください**。また、献眼はご家族の了承を得てから行います。アイバンクへ連絡後、お気持ちが変わった場合は、処置前でしたら取り消すこともできますので、まずはご連絡をお願いします。

献眼後は義眼をのせて丁寧に顔を整え、表情をしっかりと確認させていただきます。処置には細心の注意を払いますので、外見上の変化はほとんどありません。

親族優先提供について

平成22年1月17日より、親族に対し角膜を優先的に提供したいという意思表示をすることが可能となりました。

- 提供できる範囲
親族優先提供の範囲は1親等とする。(配偶者、子及び父母)
- 親族優先を希望するドナー(提供者)になるためにすること
親族優先提供を希望する旨を書面で示さなければならない。
- レシピエント(待機患者)になるためにすること
ドナー(提供者)が死亡した時点において、提供を受けようとする人は、医師の診察を受けてレシピエント(待機患者)として登録されていなければならない。
- 提供できないケース
「〇〇さんにだけ提供する」という限定する意思表示があった場合は認められない。さらに提供そのものがなくなる。親族提供を目的とした自殺を防ぐため、自殺者からの親族提供はできない。

申込書のご記入についてのお願い

- ライオンズクラブ会員の方はクラブ名を記入してください。
- 提供者・近親者の署名は必ず本人がご記入ください。
- ご本人からのお申し出があれば、登録を取り消すことができます。
- 登録および角膜の提供に年齢制限はありません。
- ご返送の際、切手は不要です。

×キリトリ線

登録番号

×キリトリ線

公益財団法人 福島県障害者福祉推進財団理事長

●私は視力障がい者の視力回復に役立ちたいと、死後眼球を提供することを承諾します。

提供者

郵便番号	〒	住所	フリガナ	氏名・捺印	生年月日	年	月	日	性別	男・女	親族優先提供を希望する	電話番号	〒	住所	フリガナ	氏名・捺印	提供者との続柄
<input type="checkbox"/> 私は提供者の意志を尊重し、提供者の死後ただちに眼臓器移植推進財団に連絡します。																	
提供者 連絡者																	
ライオンズクラブの方へ ライオンズクラブ名 ライオンズクラブへのアイバンク登録の通知に 同意する ・ 同意しない																	