

**Alcon Medical Mission (Consumable Product) Donation –
Patient Impact Report**

メディカルミッションプログラム 活動レポート

***Please complete and submit within 1 month of end of mission to*** *medical.missions@Alcon.com*

活動実施後1カ月以内に以下の宛先へ本報告書をご送付いただきますようお願いいたします***:***

**レポート提出先:**

**TO:　AlconCares** （*medical.missions@Alcon.com*）

**CC:日本アルコン株式会社　メディカルミッション係 (**compliance.ffs\_tp@Alcon.com**)**

1. **Name of Sponsoring Organization**/貴団体名**:**
2. **Destination Country**/活動した国・地域名**:**
3. **Medical Mission Start and End Dates**/活動開始日・終了日**:**
4. **Name of lead volunteer physician**/代表医師のお名前**:**

**Additional traveling physicians**/追加の帯同医師**:**

1. **Medical Mission Patient Treatment Summary**/治療した患者さんの人数・内訳について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Surgical**/**手術内容** | **Quantity Performed**/**実施数** | **Non-surgical**/**手術なし** | **Quantity Treated**/**治療数** |
| Cataracts/白内障 |  | Glaucoma/緑内障 |  |
| Strabismus/斜視 |  | Eye/ear infection/眼・耳の感染症 |  |
| Pterygium/翼状片 |  | Dry Eye/ドライアイ |  |
| Surgical glaucoma/緑内障手術 |  | Allergy/アレルギー |  |
| Vitreoretinal/網膜硝子体 |  | Refractive treatment/屈折矯正治療 |  |
| Other (describe) /その他（記述） |  | Other (describe) /その他（記述） |  |
| **Total Surgical**/**手術数合計:** |  | **Total non-surgical/手術なし治療数合計:** |  |

1. **Medical Mission Skills Transfer Summary (if applicable)
/**研修を提供した医師の人数について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Specialty/Occupation** | **Quantity**/**数量** | **Type of Training**/**研修の種類** |
| Physician/医師 |  |  |
| Optometrist/視能訓練士 |  |  |
| Nurse/看護師 |  |  |
| Other (describe) /その他（記述） |  |  |

1. **Were any Consumable Products left over?** /消耗品は残っていましたか？\_\_ Yes \_\_ No

Have left overs been returned to Alcon or to its designee organization?
 /残った消耗品はアルコンまたは指定の団体に返却しましたか？　\_\_ Yes \_\_ No

1. **Comments/活動内容の説明:** Please share the value of Alcon’s participation in your mission work as well as any feedback on Alcon processes:

日本語で500字前後で記入し、同内容を英語でもご記入ください。記入内容は部分的に編集の上、弊社ウェブサイト等でご紹介する可能性があります。予めご了承ください。

1. **Photos/*写真*** – Please share with us any photographs you found particularly expressive of your activities related to the Donation, together with an appropriate photo release.

***–****活動内容が分かる写真を説明とともにお送りください（*1枚あたり２～３MB程度の解像度のものを２，３枚)*。ご提出の写真は、*弊社ウェブサイト等でご紹介する可能性がありますので、予めご了承ください。

1. **Report completed by/報告書作成者:**

Contact Name/お名前:

Contact Title/肩書:

Contact Email/Email:

Contact Telephone/電話番号:

Organization/貴団体名:

Printed Name / お名前:

Title/役職:

Signature /サイン(直筆):

Date/日付: