

生血を必要とする医師の意見書

患者氏名		傷病名	
初診年月日	平・令 年 月 日	入院年月日	平・令 年 月 日
生血を 必要と する理由			
生血の 購入先			
<p>上記の理由で、生血の必要を認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 医療機関名 担当医師名 電話番号 ()</p> <p style="text-align: right;">印</p>			