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			

上記の理由で、生血の必要を認めます。

令和　　年　　月　　日

所　在　地

医療機関名

担当医師名（署名）

電話番号（　　）

R8.4改定〔整理番号　４５〕