

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	令和 年 月 日	入院年月日	令和 年 月 日
生血を 必要と する理由			
移 送 の 方 法			
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 (電話番号 _____) ㊞			