生血を必要とする医師の意見書

<table>
<tr><td>患者氏名</td><td></td><td>傷病名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>初診年月日</td><td>平成　　年　　月　　日</td><td>入院年月日</td><td colspan="2">平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>生血を
必要と
する理由</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>生血の
購入先</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="5">上記の理由で、生血の必要を認めます。

平成　　年　　月　　日
所在地
医療機関名
担当医師名　　印
電話番号（　　）</td></tr>
</table>

〔整理番号　４５〕