

必要に応じて「療養費・家族療養費請求書〔整理番号34〕」に添付する

生血を必要とする医師の意見書

患者氏名	共済 太郎	傷病名	急性〇〇病
初診年月日	平・令〇年 9月 9日	入院年月日	平・令〇年 9月 9日
生血を必要とする理由	血液型がRh-型であり、急性〇〇病の手術をするためには当院の保管する血液では不足する。よって、生血の購入が是非とも必要である。		
生血の購入先	日本〇十字血液センター		
<p>上記の理由で、生血の必要を認めます。</p> <p>令和〇〇年 9月 10日</p> <p>所在地 鹿児島市共済町〇-〇</p> <p>医療機関名 医療法人 〇〇病院</p> <p>担当医師名 城山 登郎</p> <p>電話番号 (099-333-4444)</p>			