

# 輸血用生血液受領証明書

輸血を受けた 被保険者の氏名		性別	男・女
		年齢	才
輸血年月日	輸血量	左記のとおり生血液を受領致しました。	
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
		患者 住 所  氏 名 ㊦	
		左記のとおり生血液を上記の患者に輸血致しました。	
年 月 日	c. c.	医療機関名	
年 月 日	c. c.	所 在 地	
年 月 日	c. c.	名 称	
年 月 日	c. c.	電 話 番 号	
年 月 日	c. c.	医 師 氏 名 ㊦	
年 月 日	c. c.	年 月 日	
年 月 日	c. c.	秋田県後期高齢者医療広域連合長 様	
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
合 計	c. c.		