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
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.
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.
合　　計	c.c.

左記のとおり生血液を受領致しました。

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。

医療機関名

所　在　地

名　　称

電 話 番 号

医 師 氏 名

年　　月　　日

秋田県後期高齢者医療広域連合長　　様