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.
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　殿