# □腎移植における医師の派遣及び腎の搬送についての意見書
# □骨髄移植における医師の派遣及び骨髄の搬送についての意見書
# □臍帯血移植における臍帯血の搬送についての意見書

| | | | |
|---|---|---|---|
| 傷病名 | (1)<br>(2)<br>(3) | 診療開始日 | (1) 年 月 日<br>(2) 年 月 日<br>(3) 年 月 日 |
| 移植を必要とする者 | 被保険者証記号・番号 | 京 | |
| | 氏名及び生年月日 | 昭・平・令 年 月 日生 | |
| 摘出・採取医療機関の所在地及び名称等 | （摘出・採取日時： ） | | |
| 移植術実施医療機関の所在地及び名称等 | （移植日時： ） | | |
| 腎・骨髄・臍帯血の搬送の方法（交通手段と費用額） | | | |
| 医師派遣の方法（交通手段と費用額） | | | |
| 摘出・採取医療機関と提供者の選定理由 | | | |
| 医師を派遣する必要の有無及び理由 | □ 有<br>□ 無 | 派遣医師の所属と氏名：<br>理　由： | |

上記のとおり証明します。

年　　月　　日

保険医療機関　所　在　地

名　　称

電話（　　）

保険医氏名