

- ☐ 腎 移植における医師の派遣及び腎
 ☐ 骨髄 移植における医師の派遣及び骨髄
 ☐ 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) (2) (3)			診療開始日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日
移植を必要とする者	被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	京 ー			
	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 ☐ 無 派遣医師の所属と氏名： 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