

**【骨髄移植、臍帯血移植、臓器移植】移送を必要とする医師の意見書**

患 者 氏 名	
傷 病 名	
移植をした年月日	年 月 日
移送を必要とする期間	年 月 日から 年 月 日 日間
移 送 区 間	から まで
<b>【骨髄・臍帯血・臓器】 移送について</b>	
移送を必要とする理由について ※ 症状等、具体的に記入して下さい	
提供者(ドナー)採取場所	[ ]都道府県 [ ]市町村 医療機関, 施設名 [ ]
採取された日時	年 月 日 ・ 午前・午後 時 分頃
<p>上記のとおり移送の必要を認めます。</p> <p align="center">年 月 日</p> <p align="center">所 在 地</p> <p align="center">医 療 機 関 名</p> <p align="center">医 師 氏 名 <span style="float: right;">Ⓜ</span></p> <p align="center">電 話 番 号 (            )            —</p>	

## 骨髓運搬費内訳書

患者名 \_\_\_\_\_ 様について行われた[骨髓移植・臍帯血移植・臓器移植]に際して、発生した運搬費の内訳等については、以下の通りです。

運搬費 \_\_\_\_\_ 円

### 運搬費内訳

年 月 日	鉄 道 費	タクシー費	航 空 費	宿 泊 費	そ の 他	小 計
					合 計	

宿泊が必要であった場合はその理由について

※ 運搬に要した費用の領収書の原本を添付して下さい。