

血液製剤使用歴報告書

下記のとおり、血液製剤の使用歴があることを報告します。

報告者 住 所

氏 名

年 月 日

(続柄)

電話番号

_____保健所長 様

患者氏名		受給者番号							

製剤を投薬した医師 (医療機関) による証明

現在ウイルス肝炎の治療を受けている医師による証明

※いずれかにチェックしてください。

証 明 書

次のとおり血液製剤 (フィブリノゲン製剤・非加熱血液凝固因子製剤) が投薬されたことを証明します。

1 投薬された製剤

フィブリノゲン製剤 (肝炎ウイルスが不活化されたものを除く。)

非加熱血液凝固因子製剤 (第Ⅷ因子製剤、第Ⅸ因子製剤)

2 投薬に至った傷病

3 投薬した医療機関名

4 投薬した時期

年 月 日

年 月 日

医 療 機 関 名

医療機関所在地

医 師 氏 名

印

- (注) 1 カルテ等の写し (医師 (医療機関) が原本証明したもの) を添付してください。
 ただし、製剤を投薬した医師が証明する場合であって、カルテ等が棄却・紛失しているときは、カルテ等の写しの添付を要しません。
- 2 医療機関が証明する場合は、医療機関の代表者氏名の記入と、その者の押印をしてください。