

(様式-3)

院長	医療倫理審査 委員会委員長	総務課

申請日：平成 年 月 日

### 無輸血治療実施許可申請書

大阪赤十字病院長 様

申請者：所属

職名

氏名

⑩

所属上長：氏名

⑩

下記の患者につきましては、無輸血での治療が可能と判断しましたので申請いたします。

患者氏名		I D	
臨床経過			
輸血を拒否 している理由			
輸血が必要 となる可能性			
受け入れること ができるもの (○で囲んでく ださい)	輸血用血液製剤 (全血・赤血球・血小板・血漿) 血漿分画製剤 (アルブミン製剤・免疫グロブリン製剤・凝固因子製剤) 自己血 (術前貯血式・希釈式・術中回収式・術後回収) 薬剤 (エリスロポエチン・トロンボポエチン・G-CSF) 血液体外循環による治療 (透析・人工心肺) その他 ( )		