



陽明醫院 備血申請單

單號：

申請年月： / /

血型：

姓名：	性別：	身分證號：	健保	科別：	醫師：
病歷號：	出生日期：	序號：	診斷：		
門/住院：	診別/床號：	年齡：	備血原因：		
此次住院日期：		備血狀況：			
※同一療程(三天內)未於其他醫療院所進行血品輸注：〔 〕是、〔 〕否_____					
預定用血時間：	/ /	採檢時間：	年	月	日 時 分
備血成份：	採檢者簽章：		見證者簽章：		
<input type="checkbox"/> 欲使用 Filiter	數量：	病人自述血型：			