

＜輸血用血液受(発)注票 の記入について＞

医療機関名
33 - 00000
× × × × 病院
TEL (000)000-0000
FAX (000)000-0000

輸血用血液受(発)注票

血液センター受注専用 FAX (000) 000-0000
TEL (000) 000-0000

修正・取消

① 発注者 000

② 納品場所 検査室

納品日	20 19 年 4 月 1 日 (月)			
納品時間	④ ①定時配便 1 便	⑤ ②時間指定無し 3 便	⑥ ③時間の指定がある場合 本日中	17 時 00 分頃

血液センター記入欄				
受注日時	20 年	月	日	時 分
受注者	受注入力者	受注入力確認者		

製剤名 (一つの製剤のみを○で囲んで下さい)	血液型		内訳希望		患者コード等 (必要な場合のみ記入)	特記事項 (有効期限等)
	ABO	Rh	規格 × 本数			
⑦ 1. 照射赤血球液-LR ・Ir-RBC-LR	A	+	1u × 本	⑩ 12345	指定血液の 必要性 有・無	・PC当期限 (不 ・ 可) ・在庫用 ・手術予定 (月 日) ⑪ ・使用予定日と単位数 (4 月 2 日 ~ 毎日 2 単位) ・指定血液型 E(-) ⑫ 期限 (不 ・ 可)
2. 新鮮凍結血漿-LR ・FFP-LR120 ⇒ (1u) ・FFP-LR240 ⇒ (2u) ・FFP-LR480 ⇒ (4u)			2u × 本	⑨ 3		
			u × 本			
3. 照射濃厚血 ・Ir-PC-LR			1u × 本			
4. その他 ()						

血液センター記入欄			
出庫者	伝票・番号照合者	受注番号	
梱包入力者	梱包確認者	配送者	配送確認者

- ※ ① 発注担当者のお名前をご記入下さい。
- ※ ② お届けする場所をご記入下さい。
- ※ ③ お届けする日付・曜日をご記入下さい。
- ※ ④ 定時配送便の便数にご希望がある場合は○で囲んで下さい。(定時配送便の便数設定は地域により異なります。)
- ※ ⑤ 納品時間に指定がない場合には○で囲んで下さい。
- ※ ⑥ 納品時間に指定がある場合には希望の時間をご記入下さい。
- ※ ⑦ 発注する製剤名を○で囲んで下さい。(製剤毎に発注票の記入をお願いいたします。)
- ※ ⑧ 発注する製剤の血液型(ABO式)のご記入とRho(D)「+」又は「-」のどちらかを○で囲んで下さい。
- ※ ⑨ 希望する規格に本数をご記入下さい。(PCについては希望する単位(u)もご記入ください。)
- ※ ⑩ 患者コード等を必要に応じてご記入下さい。(患者様のお名前は個人情報関係からお控えください)
- ※ ⑪ ご使用予定日など分かる範囲でご記入下さい。(PCについては当期限「不」又は「可」のどちらかに○をご記入下さい。)
- ※ ⑫ ABO式、Rho(D)以外で指定血液が必要な場合は「有」を○で囲み必要な指定血液型をご記入ください。
- ※ については必須項目となっております。(④～⑥の項目については、いずれか1つの項目について記載をお願いいたします。)

(注意)・製剤名