

医療機関名

33 - 00000

××××病院

TEL (000)000-0000(直通)

FAX (000)000-0000(直通)

# 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

**新様式**  
平成28年4月1日から運用開始

医療機関様からのご要望を基に変更いたしました。

正・取消

発注者 \_\_\_\_\_

納品場所 \_\_\_\_\_

|      |              |     |          |   |                |  |
|------|--------------|-----|----------|---|----------------|--|
| 納品日  | 平成 年 月 日 ( ) |     |          |   |                |  |
| 時間指定 | ① 定時配送便      |     | ② 時間指定無し |   | ③ 特に時間の指定がある場合 |  |
|      | 1 便          | 2 便 | 本日中      | 時 | 分頃             |  |

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

| 製剤名<br><small>(一つの製剤のみを○で囲んで下さい)</small>  | 血液型 |    | 内訳希望     |   | 単位数<br>*1 | 患者コード等       |     | 特記事項<br>(使用可能な製剤の有効期限等) | 血液センター記入欄 |     |          |      |
|---|-----|----|----------|---|-----------|--------------|-----|-------------------------|-----------|-----|----------|------|
|   | ABO | Rh | 規格 × 本数  |   |           | 指定血液の<br>必要性 | 有・無 |                         | 指定血液型     | 出庫者 | 伝票・番号照合者 | 受注番号 |
| 1. 照射赤血球液-LR<br>・Ir-RBC-LR  |     | +  | ・200由来 × | 本 | 単位        |              | 有・無 | ・PC当日期限(不・可)            |           |     |          |      |
|   |     |    | ・400由来 × | 本 |           |              |     |                         |           |     |          |      |
|   |     |    | ・成分由来 ×  | 本 |           |              |     |                         |           |     |          |      |
| 2. 赤血球液-LR<br>・RBC-LR   |     | -  | ・成分由来 ×  | 本 | 単位        |              | 有・無 | ・指定血液型                  |           |     |          |      |
|   |     |    | ・成分由来 ×  | 本 |           |              |     |                         |           |     |          |      |
| 3. 新鮮凍結血漿-LR*1<br>・FFP-LR120 (200由来)<br>・FFP-LR240 (400由来)<br>・FFP-LR480 (成分由来) |     | +  | ・成分由来 ×  | 本 | 単位        |              | 有・無 | ・PC当日期限(不・可)            |           |     |          |      |
|   |     |    | ・成分由来 ×  | 本 |           |              |     |                         |           |     |          |      |
|   |     |    | ・成分由来 ×  | 本 |           |              |     |                         |           |     |          |      |
| 【その他の輸血用血液】<br>・(照射)人全血液-LR<br>・(照射)洗浄赤血球液-LR<br>・(照射)解凍赤血球液-LR<br>・(照射)合成血液-LR |     | +  | ・200由来 × | 本 | 単位        |              | 有・無 | ・PC当日期限(不・可)            | ・在庫用      |     |          |      |
|   |     |    | ・400由来 × | 本 |           |              |     |                         |           |     |          |      |
|   |     |    | ・成分由来 ×  | 本 |           |              |     |                         |           |     |          |      |
|   |     |    | ・成分由来 ×  | 本 |           |              |     |                         |           |     |          |      |
|   |     | -  | ・成分由来 ×  | 本 | 単位        |              | 有・無 | ・指定血液型                  |           |     |          |      |
|   |     |    | ・成分由来 ×  | 本 |           |              |     |                         |           |     |          |      |

**(3) 内訳希望欄の変更**

- 規格本数欄が分かりやすいように区分けしております。
- 内訳希望が無い場合は、副作用低減の観点から、400mL(2単位)での発注を推進しております。(赤血球製剤の場合)
- 血液型別記入欄の段数を4段⇒3段へ変更し、内訳希望欄を広くしております。

**(2) 単位数欄の位置を変更**

- 内訳本数との不一致対策により、単位数欄の位置を変更しております。
- 記入は必須ではありませんが、要望により、欄は残しております。

**(1) 指定血液型記入欄を設置**

- 「指定血液型依頼・確認票」を廃止いたします。

**(4) その他**

- その他も見直しを行い、赤字の部分が変わっております。

(注意) ・製剤毎に発注票を発行してください。日曜日・祝日および平日の夜間(PMO:00~AMO:00)の発注につきましては、電話連絡後、FAX送信をお願いいたします。

\*1 新鮮凍結血漿につきましては、内訳希望(規格X本数)のみ記入をお願いいたします。(単位数は記入しないでください。)

(000)000-0000(直通)