

記入日 年 月 日

HLA 適合血小板 検査申込用紙

病院名 病院 科 TEL. 内線

主治医

フリガナ
患者名 (男・女) 生年月日 年 月 日 才

血液型 Rh + ・ - 身長 cm 体重 Kg

診断名 発症 年 月

HLA クラス I タイピングの実施 なし・あり (検査日 検査施設)

HLA 型 A 座 B 座 C 座

(血液センター以外でタイピング実施の場合は結果のコピーを添付願います)

過去の輸血歴 (血小板製剤または赤血球製剤) なし・あり 妊娠歴 なし・あり

最近のランダム血小板の輸血効果 (製剤 Lot と血小板数の記入をお願いします)

輸血日 製剤 Lot 輸血前値 輸血後 1 時間値 輸血翌日値

1. 02-

2. 02-

3. 02-

4. 02-

5. 02-

6. 02-

7. 02-

8. 02-

現在の血小板製剤のオーダー状況 (オーダー済・ 日以内にオーダー予定・予定なし・未定)

臨床症状

1.出血及び出血傾向 (なし・あり) 2.DIC (なし・あり) 3.感染 (なし・あり)

今後の血小板製剤の使用予定・頻度・予後等