照射濃厚血小板 HLA-LRBS「日赤」用 HLA 検査依頼書

依頼日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

日本赤十字社関東甲信越ブロック血液センター 埼玉製造所
品質部検査一課 TEL:0493-24-3302(直通)

医療機関名: _____

科名: _____ 担当医師名: _____

連絡担当者: _____ 所属: _____

TEL: _____ 内線: _____

1. 依頼項目 (依頼する□にレ点を記入して下さい。)

- { HLA 抗体検査 (検査済:検査法 _____ , 検査結果: 陽性・陰性)
 HPA 抗体検査 (検査済:検査法 _____ , 検査結果: 陽性・陰性)
 HLA 型クラス I 検査 タイピング済:HLA-A(_____), B(_____), C(_____)

* HLA 抗体検査が陰性の場合、HLA 型クラス I 検査は省略させていただきます。
 * HLA・HPA 抗体検査:血清 2mL 以上、HLA 型クラス I 検査:抗凝固剤(CPD、ACD、EDTA)加血液 2mL 以上を採血してください。

2. 患者情報 (※は必須項目となります。)

※患者名: _____ (フリガナ: _____) ※性別: 男・女

※生年月日:西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 診断名: _____

※ABO 血液型: _____ ※Rh 血液型: _____ 身長: _____ cm 体重: _____ kg

※移植歴: 無・有(_____ 年 _____ 月) 妊娠歴: 無・有

※化学療法: 無・有 _____

供給開始希望日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

* 依頼を受けてから供給まで1週間程かかります。

3. 最近の血小板製剤の輸血効果

輸血日	/	/	/
輸血製剤ロット No			
血小板数(前) ($\times 10^4 / \mu L$)			
血小板数(後) ($\times 10^4 / \mu L$)			
血小板数測定時間	☐ 1 時間後 ☐ 24 時間後 ☐ その他(_____)	☐ 1 時間後 ☐ 24 時間後 ☐ その他(_____)	☐ 1 時間後 ☐ 24 時間後 ☐ その他(_____)
輸血効果	有・無	有・無	有・無

4. 現在の症状

発熱: 無・有 _____ 出血及び出血傾向: 無・有(部位: _____)

D I C: 無・有 _____ 感染: 無・有(具体的に _____)

脾腫: 無・有 _____