

赤血球関連検査依頼書

医療機関名： _____ 病院 _____ 依頼日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
診療科： _____ 科 _____ 担当医： _____

1. 依頼項目（依頼する項目に○を記入して下さい。）

I. ABO 亜型検査 II. 不規則抗体同定検査 III. その他（ _____ ）

2. 患者情報

患者名： _____ （男・女 _____ 才）血液型： _____

診断名： _____

投薬名： _____

輸血歴：有・無 _____ 最終輸血歴 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 単位

溶血性輸血副作用：有・無 _____ （有の場合は、血液センター学術部門より連絡する場合があります）

妊娠歴：有・無 _____ 妊娠 _____ 回 分娩 _____ 回

造血幹細胞移植歴：有・無 _____ 実施時期 _____ 年 _____ 月頃

輸血予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

感染症検査で陽性の項目に○印を付けてください。 HBV _____ HCV _____ HIV _____ その他（ _____ ）

3. ご連絡先（依頼する窓口となっている担当科・担当者名を記入して下さい。）

担当科： _____ 担当者： _____ Tel： _____

住所：〒 _____

4. 備考

- * 検査依頼時に「輸血関連検査に関する承諾書」の提出をお願いします。
- * 受託検査に必要な情報（臨床経過や検査結果・輸血した赤血球製剤 LotNo 等）を一緒に提出ください。
- * 不規則抗体検査用の血液は、抗凝固剤なし 15ml と EDTA 加血液を 5ml お願いします。
- * 亜型検査の場合は、抗凝固剤なし 10ml と抗凝固剤入（ヘパリン以外）10ml の採血、必要に応じて、さらに 2～3ml 以上の唾液を採取し、煮沸等の処理後に送付ください。
- * 依頼書と検体は一緒に封筒等に入れ、封をしてください。
- * 検査の過程で血液型遺伝子検査が必要と判断した場合は遺伝子解析を行います。予めご了承ください。

依頼検査(技術協力)施設

日本赤十字社 関東甲信越ブロック血液センター

問い合わせ

埼玉製造所 品質部 検査一課

〒355-0071 埼玉県東松山市新郷 493-1

Tel: 0493-59-8420(ダイヤル)