

# 輸血用血液製剤の発注に関する手順

- 2026 年 4 月 1 日版 -

宮城県赤十字血液センター 事業部 学術情報・供給課

TEL 022-290-2520 / FAX 022-777-6301

『輸血用血液製剤の発注に関する手順』は、血液製剤の適切な供給を行うため、血液センターと医療機関の手順について解説したものです。内容をご確認のうえ、手順に従い発注して頂きますようお願い申し上げます。なお、ご不明な点等がございましたら、宮城県赤十字血液センター事業部学術情報・供給課までご連絡ください。

2026年4月1日

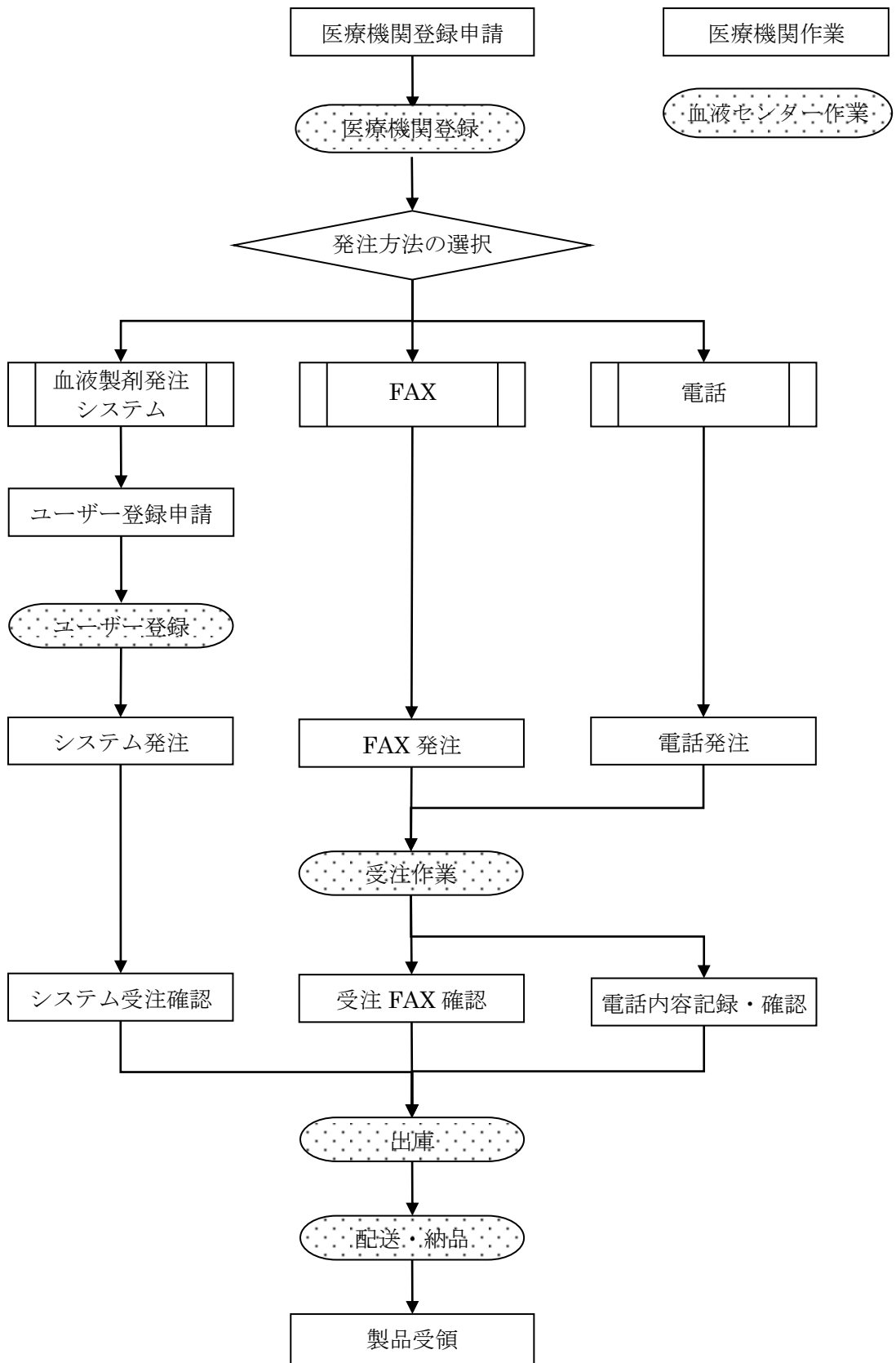
宮城県赤十字血液センター

事業部 学術情報・供給課長

## 【目次】

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| 血液製剤供給フロー                          | 3  |
| 1. 対象となる血液製剤種類                     | 4  |
| 2. 発注方法の種類                         | 4  |
| 3. 配送の種類                           | 5  |
| 4. 製剤毎の発注締め切り時刻                    | 6  |
| 5. 発注手順                            | 7  |
| (1) Web 発注                         | 7  |
| (2) FAX 発注                         | 8  |
| (3) 電話による発注                        | 12 |
| 6. お電話を頂く必要のある発注について               | 13 |
| (1) 臨時便及び緊急便配送                     | 13 |
| (2) 納品当日の発注中止、変更                   | 13 |
| (3) 予約締め切り日時を過ぎた発注                 | 14 |
| (4) 血液製剤発注システムで表5の対象事項以外で入力を希望する場合 | 14 |
| 7. ご注意、ご協力いただきたい事項                 | 15 |
| (1) 血液製剤発注システムを使用した発注（Web 発注）のお願い  | 15 |
| (2) 締め切り時刻より早めにご発注頂きたい事例（お願い）      | 15 |
| (3) 血小板製剤の予約発注                     | 15 |
| (4) 血小板 HLA 製剤の初回発注                | 16 |
| (5) 夜間帯の発注                         | 16 |
| (6) 抗原陰性血液、まれな血液型、Rh(－)、CMV(－)血液   | 16 |
| (7) 院内在庫運用                         | 17 |
| (8) 規格変更                           | 18 |
| (9) 緊急搬送依頼                         | 18 |
| 8. 発注受付施設（災害時連絡先含む）                | 19 |

図 1 血液製剤供給フロー



## 1. 対象となる血液製剤種類

血液センターから供給可能な血液製剤の種類は表 1 のとおりです。製剤の種類により、迅速に納品可能な『在庫製剤』と、納品までに時間を要する『予約製剤』に分かれます。

表 1 血液製剤種類一覧表

| 区分   | 販売名                  | 略号                        |
|------|----------------------|---------------------------|
| 在庫製剤 | 照射赤血球液-LR「日赤」        | Ir-RBC-LR-1、2             |
|      | 新鮮凍結血漿-LR「日赤」        | FFP-LR-120、240、480        |
| 予約製剤 | 照射洗浄赤血球液-LR「日赤」      | Ir-WRC-LR-1、2             |
|      | 照射合成血液-LR「日赤」        | Ir-BET-LR-1、2             |
|      | 照射解凍赤血球液-LR「日赤」      | Ir-FTRC-LR-1、2            |
|      | 照射濃厚血小板-LRBS「日赤」     | Ir-PC-LRBS-5、10、15、20     |
|      | 照射濃厚血小板 HLA-LRBS「日赤」 | Ir-PC-HLA-LRBS-5、10、15、20 |
|      | 照射洗浄血小板-LRBS「日赤」     | Ir-WPC-LRBS-10            |
|      | 照射洗浄血小板 HLA-LRBS「日赤」 | Ir-WPC-HLA-LRBS-10        |

※ 照射濃厚血小板 HLA-LRBS「日赤」の予約に対し、異型かつ抗体価 128 倍以上で洗浄希望をされる場合、製剤名は照射洗浄血小板 HLA-LRBS「日赤」（包装単位 10 単位のみ）となります。

## 2. 発注方法の種類

### (1) 血液製剤発注システム(以下、Web 発注)

Web 発注にご協力をお願いします。

詳細は5.(1)参照

### (2) ファックス(以下、FAX 発注)

過誤防止、迅速な供給のため、原則として、FAX 発注は推奨しておりません。やむを得ない事情がある場合は、予めご相談ください。

詳細は5.(2)参照

### (3) 電話

原則として、電話のみでの発注は受け付けておりません。



## 4. 製剤毎の発注締め切り時刻

発注は 24 時間 365 日受け付けております。表 3 のとおり在庫製剤と予約製剤で異なりますので、お間違えのないようお願いいたします。

表 3 輸血用血液製剤の申込み

| 製剤区分              |                                 | 製剤名  | 略号  | 申込み日時   |
|-------------------|---------------------------------|--|---|---|
| 在庫製剤              | 赤血球                             | 照射赤血球液   | Ir-RBC-LR-1   | 午前定時配送便 当日 9 時 30 分まで<br>午後定時配送便 当日 13 時 30 分まで<br><br>※Rh（-）・CMV（-）・抗原陰性血液の納品日時は、別途ご相談させていただきます。 |
|                   |                                 |  | Ir-RBC-LR-2   |   |
|                   | 血漿                              | 新鮮凍結血漿   | FFP-LR-120  |   |
|                   |                                 |  | FFP-LR-240  |   |
|                   |                                 |  | FFP-LR-480  |   |
| 予約製剤              | 赤血球                             | 照射洗浄赤血球液   | Ir-WRC-LR-1   | できるだけ早く<br>※納品日、有効期限はご相談となります   |
|                   |                                 |  | Ir-WRC-LR-2   |   |
|                   |                                 | 照射合成血液   | Ir-BET-LR-1   |   |
|                   |                                 |  | Ir-BET-LR-2   |   |
|                   |                                 | 照射解凍赤血球液   | Ir-FTRC-LR-1  |   |
|                   |                                 |  | Ir-FTRC-LR-2  |   |
|                   | 血小板                             | 照射濃厚血小板  | Ir-PC-LRBS-5  | 納品 3 日前 17 時 00 分まで   |
|                   |                                 |  | Ir-PC-LRBS-10   | 納品 日前日 12 時 00 分まで  |
|                   |                                 |  | Ir-PC-LRBS-15   | 納品 5 日前 17 時 00 分まで   |
|                   |                                 |  | Ir-PC-LRBS-20   | 納品 5 日前 17 時 00 分まで   |
|                   |                                 |  | ※Rh（-）は献血者の確保が必要になるため、納品日の 1 週間前までにお申込みください。<br>※予約なしに当日納品を希望される場合は、事前にご相談ください。<br>※キャンセル（取消）は納品日の 9 時 30 分までになります。 |   |
|                   |                                 | 照射濃厚血小板 HLA  | Ir-PC-HLA-LRBS-5  | 納品 7 日前 12 時 00 分まで<br>※6 日以内の予約で納品を希望される場合は、事前にご相談ください。  |
|                   |                                 |  | Ir-PC-HLA-LRBS-10   |   |
|                   |                                 |  | Ir-PC-HLA-LRBS-15   |   |
| Ir-PC-HLA-LRBS-20 |                                 |  |   |   |
| 照射洗浄血小板           |                                 | Ir-WPC -LRBS-10<br>(10 単位のみ)                             | 納品 4 日前の 17 時 00 分まで<br>※キャンセル（取消）は<br>納品日の 2 日前 12 時 00 分までになります。  |   |
| 照射洗浄血小板 HLA       | Ir-WPC-HLA-LRBS-10<br>(10 単位のみ) | 納品 7 日前 12 時 00 分まで<br>※6 日以内の予約で納品を希望される場合は、事前にご相談ください。 |   |   |

- ※ ご注文製剤のお届けは、定時配送便として午前 1 回・午後 1 回とさせていただきます。
- ※ 定時配送便は、各医療機関あて午前便は 12 時まで、午後便は 17 時までにお届けします。
- ※ 当日 17：30～翌日 9：00 の時間帯は、限られた人員で受付順に配送しますので、お届けまで時間を要する場合があります。
- ※ 照射濃厚血小板と照射濃厚血小板 HLA 以外の予約製剤につきまして、製剤の他の発注への転用が難しいため、患者死亡時以外のキャンセルは承っておりません。使用予定等を十分にご確認の上、ご発注ください。

## 5. 発注手順

血液製剤の発注方法は、①Web 発注、②FAX 発注、③電話による発注を選択することができます。災害時対応、過誤防止等のため、おもな発注方法が①Web 発注となるよう、院内体制の整備をお願いいたします。

### (1) Web 発注

#### ① 血液製剤発注システム利用登録申請（利用登録時のみ）

“血液製剤発注システム利用登録申請書”にご記入の上、郵送、ファックス、配送担当者への手渡し等で登録申請をお願いいたします。利用登録完了後、申請された利用者のメールアドレスに医療機関ユーザー登録完了メールが送信されます。受信したメールに従い、血液製剤発注システムへログインし、パスワードを設定してください。不明な場合は、学術情報・供給課までお問い合わせください。

#### ② 発注情報の登録

お問い合わせ後に配付する『血液事業情報システム 血液製剤発注システム編（医療機関向け機能）操作説明書』を参考に、<https://www.nisseki-ketsueki.jp/> からログインし、発注情報の入力をお願いします。血小板製剤は、患者ごとの発注とするようご協力ください。なお、希望配送便の「時間指定」は、使用しないようお願いいたします。

「備考」への入力内容は、表 4 に従い入力してください。表 4 記載以外の事項については、あらかじめ電話にてご相談ください。なお、「備考」に入力した内容は、納品時にお渡しする納品伝票の備考欄に印字されます。

必要に応じて「抗原陰性等指定」から、抗原陰性等を選択してください。

表 4 「備考」欄への入力許可事項

| 対象事項   | 入力内容                             | 入力例                   |
|--|----------------------------------|-----------------------|
| Ir-PC-HLA-LRBS<br>Ir-WPC-HLA-LRBS                  | 患者名*、患者コード（“08-”から始まる 8 桁の数字）を入力 | ニッセキ タロウ<br>08-000000 |
| Ir-PC-HLA-LRBS<br>Ir-WPC-HLA-LRBS<br>CMV(-)血小板製剤など | ABO 型変更の可否                       | 異型不可                  |
| 血小板製剤など  | 単位変更の可否                          | 単位変更不可                |
| 有効期限の希望  | 希望する有効期限を入力                      | 10/4 期限以降             |
| 出庫便の希望   | 納品便を希望する場合の理由                    | 外来患者のため<br>午前定時配送便    |

※ 患者名の入力が困難な場合は、別途ご相談ください。

※ “有効期限の希望”と“出庫便の希望”は、血液製剤の在庫状況によりご相談させていただく場合があります。

#### ③ 受注（血液センター側作業）

医療機関側の発注と同時に受注（受注票の出力）が行われ、その時点で発注（受注）が完了し、登録されたメールアドレスにて受注情報が送信されます。ただし、Ir-(W)PC-HLA-LRBS 製剤は、HLA 適合患者情報との連携後に受注が完了いたします。

## ④ 発注内容の確認

発注（受注）内容の確認は、血液製剤発注システムの【発注一覧】画面、「血液製剤発注票」、受信メール等にてご確認ください。

## ⑤ 医療機関からの中止、変更（追加、取消）

血液センターの出庫作業等が開始されるまでは、中止、変更（追加、取消）が可能です。血液センター側の受注後の作業が開始された後に、発注内容の中止、変更（取消）等が発生した場合は、電話にてご連絡ください。

## ⑥ 血液センターからの変更承認依頼（変更が必要になった場合のみ）

血液センター側の受注後の作業が開始された後に、発注内容の中止、変更（取消）等が発生した場合は、血液センター側で発注内容の変更を行います。変更が完了した後、対象受注番号の「変更承認」処理をお願いします。また、血液センターの在庫状況による変更依頼の際も同様に、対象受注番号の「変更承認」処理をお願いします。なお内容が承認できない場合は、「変更却下」処理をお願いします。

## (2) FAX 発注

## ① FAX 用紙への記入

医療機関登録後に血液センターより配付いたしました別添様式“輸血用血液製剤発注票”の各項目にご記入ください。別添様式“輸血用血液製剤発注票”は、施設毎に必要な応じてコピーの上ご使用ください。

表 5 FAX 発注項目

| 項目                  | 内容  |
|---------------------|---|
| 希望納品日               | 納品を希望する年月日と曜日を記入して下さい。  |
| 届場所                 | 「検査室」「薬局」等記入して下さい。特に、夜間や休日に変更になる場合は、必ず記入して下さい。  |
| 発注担当部署<br>及び発注者名    | 発注内容を確認するため部署・担当者名を記入して下さい。   |
| 製剤名(略号)             | 表 1 を参照し、製剤名または略号を記入して下さい。  |
| ABO                 | ABO 血液型を記入して下さい。  |
| Rh                  | Rh 血液型(“+”または“-”)を記入して下さい。  |
| 発注数                 | 製剤名の場合は単位換算数、略号の場合は本数を記入して下さい。  |
| 照射区分                | 照射、未照射いずれかを「○」で囲んで下さい。  |
| 特記事項                | HLA 適合血小板製剤発注時のみ患者名(イニシャルでも可)及び患者コード(“08-”から始まる 8 桁の数字)を記入してください。また、その他特記事項がある場合、記入して下さい。 |
| (希望)出庫便名<br>(AM・PM) | AM・PM いずれかを「○」で囲んで下さい。ただし、Ir-PC-LRBS 製剤は、採血状況により日々の製品確保時間が変動するため AM・PM の指定は不可とさせていただきます。  |

② 発注例

『参考 1 FAX により赤血球製剤 A+ 2 単位 1 本を依頼する場合』

Sample

輸血用血液製剤発注票

(希望)納品日 **2025** 年 **4** 月 **1** 日(水曜日)  
 医療機関J-ト` 04-99999  
 医療機関名 ○○○病院  
 届 場 所 検査室  
 発注担当部署・発注者名 **検査課 △△**  
 TEL 999-999-9999 内線  
 FAX 999-999-8888

受付 No. : \_\_\_\_\_  
 受注日時 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 受 注 者 : \_\_\_\_\_  
 受 注 入 力 者 : \_\_\_\_\_  
 受注入力確認者 : \_\_\_\_\_  
 発注問合せ先 : 宮城県赤十字血液センター  
 学術情報・供給課 : TEL 022 ( 290 ) 2520  
 : FAX 022 ( 777 ) 6301

| 照射<br>区分  | 血液製剤名              |          | 血液型      |          | 本数 | 特 記 事 項                            | (希望)出庫便名 | 受注番号 |
|-----------|--------------------|----------|----------|----------|----|------------------------------------|----------|------|
|           | 製剤名(略号)・規格         | ABO      | Rh       |          |    |                                    |          |      |
| 照射<br>未照射 | <b>Ir-RBC-LR-2</b> | <b>A</b> | <b>+</b> | <b>2</b> |    | 1. 定時便 (午前・午後)<br>2. 臨時便<br>3. 緊急便 |          |      |
| 照射<br>未照射 |                    |          |          |          |    | 1. 定時便 (午前・午後)<br>2. 臨時便<br>3. 緊急便 |          |      |
| 照射<br>未照射 |                    |          |          |          |    | 1. 定時便 (午前・午後)<br>2. 臨時便<br>3. 緊急便 |          |      |
| 照射<br>未照射 |                    |          |          |          |    | 1. 定時便 (午前・午後)<br>2. 臨時便<br>3. 緊急便 |          |      |
| 照射<br>未照射 |                    |          |          |          |    | 1. 定時便 (午前・午後)<br>2. 臨時便<br>3. 緊急便 |          |      |

※ 太枠内のみ記入して下さい。また、Ir-PC-HLA-LR のご発注の場合は特記事項に患者コード、患者名等をご記入ください。  
 ※ 臨時便、緊急便をご希望の場合は、**事前に電話連絡の上**、FAX 送信をお願いいたします。状況等の確認や納品時間のご相談をさせていただきます。

『参考 2 FAX による中止の記入例』

Sample

輸血用血液製剤発注票

(希望)納品日 **2025** 年 **4** 月 **1** 日(水曜日)  
 医療機関J-ト` 04-99999  
 医療機関名 ○○○病院  
 届 場 所 検査室  
 発注担当部署・発注者名 **検査課 △△**  
 TEL 999-999-9999 内線  
 FAX 999-999-8888

受付 No. : **0401 1 001**  
 受注日時 : **2025** 年 **4** 月 **1** 日 **9 : 30**  
 受 注 者 : **佐藤**  
 受 注 入 力 者 : **佐藤**  
 受注入力確認者 : **鈴木**  
 発注問合せ先 : 宮城県赤十字血液センター  
 学術情報・供給課 : TEL 022 ( 290 ) 2520  
 : FAX 022 ( 777 ) 6301

この欄が記入され、血液センターより返信された FAX 用紙に記入し、送信してください。

| 照射<br>区分  | 血液製剤名                  |              | 血液型          |              | 本数 | 特 記 事 項          | (希望)出庫便名                           | 受注番号        |
|-----------|------------------------|--------------|--------------|--------------|----|------------------|------------------------------------|-------------|
|           | 製剤名(略号)・規格             | ABO          | Rh           |              |    |                  |                                    |             |
| 照射<br>未照射 | <del>Ir-RBC-LR-2</del> | <del>A</del> | <del>+</del> | <del>2</del> |    | <del>中止 △△</del> | 1. 定時便 (午前・午後)<br>2. 臨時便<br>3. 緊急便 | <b>0002</b> |
| 照射<br>未照射 |                        |              |              |              |    |                  | 1. 定時便 (午前・午後)<br>2. 臨時便<br>3. 緊急便 |             |
| 照射<br>未照射 |                        |              |              |              |    |                  | 1. 定時便 (午前・午後)<br>2. 臨時便<br>3. 緊急便 |             |
| 照射<br>未照射 |                        |              |              |              |    |                  | 1. 定時便 (午前・午後)<br>2. 臨時便<br>3. 緊急便 |             |

変更内容と変更依頼者名をご記入ください。

※ 太枠内のみ記入して下さい。また、Ir-PC-HLA-LR のご発注の場合は特記事項に患者コード、患者名等をご記入ください。  
 ※ 臨時便、緊急便をご希望の場合は、**事前に電話連絡の上**、FAX 送信をお願いいたします。状況等の確認や納品時間のご相談をさせていただきます。

『参考3 FAXによる変更の記入例①』

Sample

輸血用血液製剤発注票

(希望)納品日 **2025**年 **4**月 **1**日(水曜日)  
 医療機関J-ド' 04-99999  
 医療機関名 ○○○病院  
 届 場 所 検査室  
 発注担当部署・発注者名 **検査課 △△**  
 TEL 999-999-9999 内線  
 FAX 999-999-8888

受付 No. : **0401 1 001**  
 受注日時 : **2025**年 **4**月 **1**日 **9 : 30**  
 受 注 者 : **佐藤**  
 受 注 入 力 者 : **佐藤**  
 受 注 入 力 確 認 者 : **鈴木**  
 発注問合せ先 : 宮城県赤十字血液センター  
 学術情報・供給課 : TEL 022 ( 290 ) 2520  
 : FAX 022 ( 777 ) 6301

この欄が記入され、血液センターより返信された FAX 用紙に記入し、送信してください。

| 照射区分      | 血液製剤名<br>製剤名(略号)・規格 | 血液型      |          | 本数           | 特 記 事 項              | (希望)出庫便名                           | 受注番号        |
|-----------|---------------------|----------|----------|--------------|----------------------|------------------------------------|-------------|
|           |                     | ABO      | Rh       |              |                      |                                    |             |
| 照射<br>未照射 | <b>Ir-RBC-LR-2</b>  | <b>A</b> | <b>+</b> | <del>2</del> | <b>本数変更 △△</b>       | 1. 定時便 (午前・午後)<br>2. 臨時便<br>3. 緊急便 | <b>0002</b> |
| 照射<br>未照射 |                     |          |          | <b>3</b>     |                      | 1. 定時便 (午前・午後)<br>2. 臨時便<br>3. 緊急便 |             |
| 照射<br>未照射 |                     |          |          |              | 変更内容と変更依頼者名をご記入ください。 | 1. 定時便 (午前・午後)<br>2. 臨時便<br>3. 緊急便 |             |
| 照射<br>未照射 |                     |          |          |              |                      | 1. 定時便 (午前・午後)<br>2. 臨時便<br>3. 緊急便 |             |

※ 太枠内のみ記入して下さい。また、Ir-PC-HLA-LRのご発注者名等をご記入ください。  
 ※ 臨時便、緊急便をご希望の場合は、事前に電話連絡の上、FAX送信をお願いいたします。状況等の確認や納品時間のご相談をさせていただきます。

『参考4 FAXによる変更の記入例②』

Sample

輸血用血液製剤発注票

(希望)納品日 **2025**年 **4**月 **1**日(水曜日)  
 医療機関J-ド' 04-99999  
 医療機関名 ○○○病院  
 届 場 所 検査室  
 発注担当部署・発注者名 **検査課 △△**  
 TEL 999-999-9999 内線  
 FAX 999-999-8888

受付 No. : **0401 1 001**  
 受注日時 : **2025**年 **4**月 **1**日 **9 : 30**  
 受 注 者 : **佐藤**  
 受 注 入 力 者 : **佐藤**  
 受 注 入 力 確 認 者 : **鈴木**  
 発注問合せ先 : 宮城県赤十字血液センター  
 学術情報・供給課 : TEL 022 ( 290 ) 2520  
 : FAX 022 ( 777 ) 6301

この欄が記入され、血液センターより返信された FAX 用紙に記入し、送信してください。

| 照射区分      | 血液製剤名<br>製剤名(略号)・規格    | 血液型          |              | 本数           | 特 記 事 項              | (希望)出庫便名                           | 受注番号        |
|-----------|------------------------|--------------|--------------|--------------|----------------------|------------------------------------|-------------|
|           |                        | ABO          | Rh           |              |                      |                                    |             |
| 照射<br>未照射 | <del>Ir-RBC-LR-2</del> | <del>A</del> | <del>+</del> | <del>2</del> | <del>A型2本中止</del>    | 1. 定時便 (午前・午後)<br>2. 臨時便<br>3. 緊急便 | <b>0002</b> |
| 照射<br>未照射 | <b>Ir-RBC-LR-2</b>     | <b>O</b>     | <b>+</b>     | <b>2</b>     | <b>△△</b>            | 1. 定時便 (午前・午後)<br>2. 臨時便<br>3. 緊急便 |             |
| 照射<br>未照射 |                        |              |              |              | 変更内容と変更依頼者名をご記入ください。 | 1. 定時便 (午前・午後)<br>2. 臨時便<br>3. 緊急便 |             |
| 照射<br>未照射 |                        |              |              |              |                      | 1. 定時便 (午前・午後)<br>2. 臨時便<br>3. 緊急便 |             |

※ 太枠内のみ記入して下さい。また、Ir-PC-HLA-LRのご発注者名等をご記入ください。  
 ※ 臨時便、緊急便をご希望の場合は、事前に電話連絡の上、FAX送信をお願いいたします。状況等の確認や納品時間のご相談をさせていただきます。

### ③ FAX 送信

別添様式“輸血用血液製剤発注票”への記入後、本文書の末尾に記載している発注先施設 FAX 番号へ送信をお願いします。受注作業完了後、別添様式“輸血用血液製剤発注票”の受付No.受付日時、受付担当者欄に記入の上、FAX にて返送いたしますので、保管をお願いします。なお、30 分以上(締め切り時刻間近の場合は 10 分程度)ファックスが返送されてこない場合は、確認のためお電話をお願いいたします。

### ④ 発注の中止・変更(追加、修正、一部取消し)

発注後(受付番号取得後)に、内容の中止・変更(追加、修正、一部取り消し)が発生した場合は、以下の手順に従い、FAX にてご連絡をお願いいたします。また、連絡は電話でも可能ですが、過誤防止のため、FAX での対応にご協力をお願いいたします。

当該発注の受注後に血液センターより返信しました、別添様式“輸血用血液製剤発注票”をご用意し、下記の内容に応じてご対応ください。ご連絡いただいた中止・変更につきましては、内容を確認後、別添様式“輸血用血液製剤発注票”を FAX にて返送いたしますので、中止・変更が受け付けられたことを確認してください。なお、30 分以上(締め切り時刻間近の場合は 10 分程度)ファックスが返送されてこない場合は、確認のためお電話をお願いいたします。(以下、参考は「8.ダウンロード(イ)血液製剤発注票、供給課管内 記入見本 PDF ファイル」による)

#### ア) 『中止』の場合

すべての発注を中止する場合は、製剤名等の記入欄を一重取り消し線で取り消して、余白に中止の旨とご担当者名を記入し、送信してください。

(参考 血液製剤発注票記入見本 PDF ファイル) (参考 2 FAX による中止の記入例参照)

#### イ) 『変更(製剤追加)』の場合

製剤を追加する場合は、新たに別添様式“輸血用血液製剤発注票”を用意し、通常の発注どおり記入の上、FAX 送信してください。

#### ウ) 『変更(血液型、発注数等の修正)』の場合

修正の場合は、修正箇所を一重取り消し線で“fr-RBC-LR-2”のように取り消して、その上か下に、変更内容とご担当者名を記入してください。(参考 血液製剤発注票記入見本 PDF ファイル) (参考 3 FAX による変更の記入例①参照)

#### エ) 『変更(一部取り消し)』の場合

発注票内の一部を取消す場合は、取消箇所の“血液製剤名”から“本数”までの項目を、一重取り消し線で取消し、余白に変更内容とご担当者名を記入してください。(参考 血液製剤発注票記入見本 PDF ファイル) (参考 4 FAX による変更の記入例②参照)

## (3) 電話による発注(災害時等を除き、原則として受け付けておりません)

## ① 電話による発注

本文書の末尾に記載している発注先施設電話番号へおかけ頂き、医療機関登録後に血液センターより配布いたしました別添様式“輸血用血液製剤発注票”の以下の各項目についてご発注ください。可能な限り、別添様式“輸血用血液製剤発注票”にご記入の上、お電話ください。

## ② 発注内容の確認と受付番号の伝達

電話による発注内容を当方で記録後、復唱確認させていただき、8桁の『受付No.』をお知らせします。必ずお控えくださいますようお願いいたします。なお、『受付No.』のお知らせをもって、発注の完了となります。

## ③ 発注内容の変更、追加、取消等

発注内容の変更、追加、取消等の際は、お伝えいたしました『受付 No.』をご準備の上、お電話にてお願いいたします。

表 6 電話発注項目

| 項目                           | 内容  |
|------------------------------|---|
| 希望納品日                        | 納品希望日をお伝え下さい。   |
| 医療機関コード                      | “04-”から始まる 7 桁の数字をお伝え下さい。   |
| 医療機関名                        | 医療機関名をお伝え下さい。   |
| 届場所                          | 「検査室」「薬局」等をお伝え下さい。特に、夜間や休日に変更になる場合は、必ずお伝え下さい。   |
| 発注担当部署、<br>発注者、電話番号、<br>内線番号 | 後日、発注内容の確認が必要となった場合の連絡先として、<br>部署・担当者名・電話番号・内線番号等をお伝え下さい。   |
| 製剤名                          | 表 1 を参照し、販売名または略号をお伝え下さい。   |
| ABO                          | ABO 血液型をお伝え下さい。   |
| Rh                           | Rh 血液型(“+”または“-”)をお伝え下さい。   |
| 発注数                          | 販売名は単位換算数、略号は本数をお伝え下さい。   |
| 特記事項                         | HLA 適合血小板製剤の注文の際は、患者名及び患者コード<br>(“08-”から始まる 8 桁の数字)をお伝え下さい。その他、<br>特記事項がある場合は、お伝え下さい。                 |
| 納品希望時間<br>(AM・PM)            | AM・PM いずれかをお伝え下さい。ただし、Ir-PC-LRBS 製<br>剤は、採血状況により製品が不足する場合がございますの<br>で、 <u>AM・PMの指定は不可</u> とさせていただきます。 |

## 6. お電話を頂く必要のある発注について

### (1) 臨時便および緊急便配送

#### ① 臨時便

申し込み締め切り日時を過ぎた発注(患者容態により定時配送便配送では不都合であるが、緊急便配送の対象とはならない場合など)については、お電話にてご相談ください。

#### ② 緊急便配送

原則として輸血用血液製剤が届き次第、直ちに輸血をしなければ生死にかかわる場合に限らせていただきます。また、緊急自動車の特例のための要件として、患者容態等の状況確認が必要となりますので、電話をおかけ頂き、状況等のご説明をお願いいたします。なお、説明頂いた内容(検査外注に間に合わせるため、勤務時間内納品を希望するため、等)によっては、お断りする場合がございますので、あらかじめご了承ください。

緊急便配送は、周囲を含め交通事故等の危険が増加します。可能な限り「定時配送便」または「臨時便」での供給に、ご協力くださいますようお願いいたします。

### (2) 納品当日の発注中止、変更

#### ① 血小板製剤

##### ア) 中止、予約単位数の削減等

納品日当日の **9:30** までとさせていただきます。

ただし、洗浄血小板製剤の中止については、納品日 **2 日前 12:00** までとさせていただきます。

##### イ) 予約単位数の増加、製剤の追加

個別対応となりますので、在庫状況を確認後、納品可能日時をご連絡いたします。ただし、前日までの予約数に応じた採血を行っているため、ご希望の日時に納品ができない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

#### ② 赤血球、血漿製剤

##### ア) 中止

当方の配送担当者が、医療機関の担当者様へ引き渡す直前(輸送バッグを開ける前)までとさせていただきます。(輸送バッグの蓋を一度開けると、バッグ内温度が上昇し、血液製剤の品質が保証できなくなるため)

##### イ) 変更

原則として午前配送便は **9:30** まで、午後配送便は **13:30** までとさせていただきます。それ以外で希望される場合は、変更前の製品を持ち帰ってからの配送となり、納品時刻が遅れますのでご理解ください。

##### ウ) 追加

午前配送便は **9:30** まで、午後配送便は **13:30** までとさせていただきます。各配送便出発後は、次の便となりますのでご了承ください。

(3) 予約締め切り日時を過ぎた発注

Ir-PC-HLA 製剤、Rh(－)、CMV(－)、抗原陰性血液、まれな血液型製剤等の発注が予約締め切り日時を過ぎた場合は、製剤を準備する都合上、お電話をお願いいたします。

(4) 血液製剤発注システムで表 5 の対象事項以外で入力を希望する場合

血液製剤発注システムの「備考」へ表 4 の対象事項以外に入力を希望する場合は、あらかじめその内容についてご相談ください。

## 7. ご注意、ご協力いただきたい事項

(1) 血液製剤発注システムを使用した発注(Web 発注)のお願い

当システムは 2020 年 11 月に大幅改良し、さらに利用しやすくなりました。災害時でも使用できる可能性が高い Web 発注のみの受付になります。詳しくは発注受付施設へご連絡ください。

(2) 締め切り時刻より早めにご発注頂きたい事例(お願い)

締め切り時間間際の発注は出発の遅延につながり他の医療機関への到着遅延にもなりますので、締め切り時刻より 10～20 分程度早めの発注にご協力をお願いいたします。

(3) 血小板製剤の予約発注

- (ア) 細菌スクリーニングの導入に伴い、5 単位製剤を含む一般の血小板製剤は、必要数が確定していない受注締め切りの前の採血が必要になりますので、安定供給を継続するためには需要予測の精度向上が求められます。つきましては、動向の情報提供と可能な限りの早めの発注並びに締め切り時間の厳守にご協力をお願いいたします。
- (イ) 採血と供給のタイミングが変わりますので、血小板製剤の残り有効期間の比率が変わります。安定供給を継続するために細菌スクリーニング導入前より採血数を増やしますので、当日期限の供給が増えると予想されますが、ご理解ご協力をお願いいたします。
- (ウ) 採血状況によっては、納品希望単位数について電話にて相談（他医療機関の緊急便患者対応のため等）させていただくことがありますので、あらかじめご了承ください。
- (エ) 原則として、配送便（AM、PM）の指定はお受けしておりません。ただし、やむを得ない事情（外来患者等）がある場合は、可能な限り対応いたしますので、備考欄等への表記をお願いいたします。また、在庫状況により、定時配送便以降での配送になる場合がありますのでご了承ください。
- (オ) 受注締め切りとキャンセル締め切り

| 略号                             | 受注締め切り          | キャンセル締め切り       |
|--------------------------------|-----------------|-----------------|
| Ir-PC-LRBS-5                   | 納品 3 日前 17 : 00 | 納品日 9 : 30      |
| Ir-PC-LRBS-10                  | 納品日前日 12 : 00   | 納品日 9 : 30      |
| Ir-PC-LRBS-15<br>Ir-PC-LRBS-20 | 納品 5 日前 17 : 00 | 納品日 9 : 30      |
| Ir-WPC -LRBS-10                | 納品 4 日前 17 : 00 | 納品 2 日前 12 : 00 |

|   |                 |                 |
|---|-----------------|-----------------|
| Ir-PC-HLA-LRBS-5<br>Ir-PC-HLA-LRBS-10<br>Ir-PC-HLA-LRBS-15<br>Ir-PC-HLA-LRBS-20 | 納品 7 日前 12 : 00 | 納品 日前日          |
| Ir-WPC-HLA-LRBS-10  | 納品 7 日前 12 : 00 | 納品 2 日前 12 : 00 |

#### (4) 血小板 HLA 製剤の初回発注

HLA 適合血小板製剤を初めて発注（1 患者につき）される場合は、事前に主治医または患者状態の説明が可能な担当者から、東北ブロック血液センター・検査一課・HLA 検査担当係（ダイヤルイン 022-354-7092）にご相談ください。“HLA 検査依頼書”により HLA 検査を実施し、主治医等と協議の上、適応と判断された患者が対象となります。

#### (5) 夜間帯の発注

夜間帯（17 : 30～9 : 00）については、担当職員が配送等により不在になる場合があるため、Web 発注後または FAX 送信後、必ず電話にてご連絡ください。なお、担当職員が配送中により不在の場合は、オンコール等の体制になります。また、当日納品分については、日中（9 : 00～17 : 30）と同様の対応となりますが、限られた人数で配送を行なっているため、配送職員が配送先から戻りしだい、またはお時間をいただいで供給となります。

また、夜間帯は限られた人数での配送となるため、発注する際は、可能な限り追加発注とならないよう、院内において十分確認するようお願いいたします。複数回の配送には大変長時間を要しますので、ご要望のお時間にお届けできないことがあります。

#### (6) 抗原陰性血液、まれな血液型、Rh(－)、CMV(－)血液

##### (ア) 抗原陰性血液（Ir-RBC-LR 製剤などの赤血球製剤）

抗原陰性血液は厚生労働省通知「血液製剤の使用指針」に従い、臨床的意義のある 37℃で反応する不規則抗体を保有している患者様の場合に限らせていただきます。また、抗体の特異性が判明している場合のみの指定となります。原則として、抗原陰性血液として発注可能な抗原は、表 7 のとおりとなります。頻度が低い抗原陰性血液製剤や発注単位数が多いなどの場合、製剤の確保に時間を要することから、納品時刻についてご相談させて頂くことがあります。

血液型検査結果は、納品伝票“備考”欄の下部に印字されます。ただし、表 7 に記載した以外の指定抗原陰性血液を依頼された場合には、納品伝票の「備考」欄の下部に印字できない種類があります。このような場合は、納品伝票の「備考」欄に印字されます。なお、交差適合試験の成績書に代わるものではありませんので、必ず交差適合試験を実施してご使用ください。

表 7 おもな血液型抗原の陰性頻度及び在庫の有無

| 血液型   | 抗原        | 頻度(%) |
|-------|-----------|-------|
| Rh    | ラージ C(-)  | 11    |
|       | E(-)      | 51    |
|       | スモール c(-) | 44    |
|       | e(-)      | 9     |
| Duffy | Fy(b-)    | 80    |
| Kidd  | Jk(a-)    | 28    |
| 血液型   | 抗原        | 頻度(%) |
| Kidd  | Jk(a-)    | 28    |
|       | Jk(b-)    | 22    |
| Diego | Di(a-)    | 90    |
| MNS   | S(-)      | 89※   |
|       | M(-)      | 21    |
| Lewis | Le(a-)    | 80    |

※ 陰性頻度は文献データ、他は日本赤十字社東北ブロック血液センターの検出頻度より算出

なお、臨床的に意義がないとされている **Leb**、**N**、**Xga**、**P<sub>1</sub>** については、原則として抗原陰性血液の対応は行っておりません。

また、日本赤十字社では院内在庫血液などの赤血球抗原情報をインターネット上で確認できる「赤血球抗原情報検索システム」を構築しておりますので必要時にご活用下さい。

#### (イ) まれな血液型製剤 (Ir-FTRC-LR 製剤などの赤血球製剤)

まれな血液型製剤は、基本的に冷凍した状態で在庫しております。解凍後の洗浄工程に時間を要することから、お急ぎの場合においても、発注から納品までに時間を要することとなりますので、ご了承ください。

在庫数が限られることから、全国的な調整が必要となる場合もありますので、納品日時についてご相談させて頂くことがあります。

#### (ウ) Rh(-)、CMV(-)製剤 (Ir-RBC-LR 製剤などの赤血球製剤)

Rh (-)、CMV(-)製剤は在庫数が限られることから、全国的な調整が必要となる場合もありますので、納品時刻についてご相談させて頂くことがあります。

ご希望の規格とならない場合 (例：Ir-RBC-LR-2 を 1 本に対し Ir-RBC-LR-1 を 2 本など) がありますので、ご了承ください。

### (7) 院内在庫運用

救急指定を受けている医療機関においては、緊急輸血が必要な場合が生じると考えられますので、平日 3 日相当の院内在庫を推奨しております。特に災害拠点病院におかれましてはご理解ご協力をお願いいたします。また、院内在庫数につきましては、最低在庫 (要発注) 本数の設定等もご検討いただき、夜間帯等の臨時便による頻回の在庫補

充の発注とならないよう、輸血管理部門において適切な管理をお願いいたします。

運用例)

- 院内在庫本数 4本【最低在庫（要発注）本数 2本】
  - ⇒ 1回目：病棟へ1本 払い出し（残3本では発注しない）
  - ⇒ 2回目：病棟へ1本 払い出し（残2本で血液センターへ2本発注する）

## (8) 規格変更

### (ア) 赤血球製剤

高校献血等で200mL由来の献血にご協力いただいたことにより1単位製剤（Ir-RBC-LR-1）の在庫が一時的に多くなる場合がございます。高校生の善意により献血された血液製剤を有効期限内にご使用いただくために、2単位製剤（Ir-RBC-LR-2）の発注に対して1単位製剤2本に規格変更をお願いする場合がございますのでご理解ご協力をお願いいたします。

### (イ) 血漿製剤

納品される製剤は6ヶ月間の貯留保管が満了した製剤になりますので、在庫状況により血液型別規格別に在庫保有率にばらつきが生じる場合がございます。各規格の製剤の安定供給のために規格変更をお願いする場合がございますのでご理解ご協力をお願いいたします。

### (ウ) 血小板製剤

特に予約外の発注をいただいた際は、規格変更をお願いする場合がございますのでご理解ご協力をお願いいたします。

## (9) 緊急配送依頼

緊急配送は、周囲を含め交通事故等の危険が増加します。緊急走行の危険性についてなにとぞご賢察いただき、患者と一般市民と配送職員の安全のために可能な限り「定時配送便」または「臨時便」での供給にご協力くださいますようお願いいたします。なお、緊急配送は、安全のために二名の乗車での配送になります。特に夜間帯などは限られた人員での対応となり、複数の医療機関から発注が重なった場合等に配送職員の不足をきたさないようご理解ご協力をお願いいたします。

## 8. 発注受付施設(災害時連絡先含む)

|  |  |                             |  |
|--|--|-----------------------------|--|
| 【施設名称】   | 宮城県赤十字血液センター 学術情報・供給課  |                             |  |
| 【対象区域】   | 角田市、丸森町、山元町を除く宮城県内の全ての市区町村<br>(角田市、丸森町、山元町は、福島県相馬供給出張所の管轄になります。) |                             |  |
| 【所在地】  | 〒981-3206 宮城県仙台市泉区明通 2 丁目 6 番 1 号                                |                             |  |
| 【連絡】<br>(通常時)                                    | ①  | TEL:022(290)2520(直通)        |  |
|  |  | FAX:022(777)6301(受注専用)      |  |
| 【連絡】<br>(災害時)<br>※ 災害時等、<br>または①に連絡<br>が見つからない場合 | ②  | TEL:022(777)6281(災害時優先電話)   |  |
|  |  | FAX:022(777)6301(受注専用)      |  |
|  | ③  | 携帯電話:090-6258-1804(災害時優先電話) |  |
| 携帯電話メールアドレス:mrbc.kyokyu-01@docomo.ne.jp          |  |                             |  |

※ 通常時は、【通常時】①におかけください。

※ 災害時に当方の災害時優先番号へ連絡する場合は、連絡する側の電話番号も災害時優先番号として、事前に電話会社から指定されていることが必要となります。

※ 災害時等で「宮城県赤十字血液センター学術情報・供給課」に連絡が取れない場合は、下記までご連絡ください。

## ● 優先順位①

|        |                           |              |     |              |
|--------|---------------------------|--------------|-----|--------------|
| 【施設名称】 | 日本赤十字社 東北ブロック血液センター 需給管理課 |              |     |              |
| 【連絡先】  | TEL                       | 022(354)7078 | FAX | 022(777)8566 |

## ● 優先順位②

|        |                       |              |     |              |
|--------|-----------------------|--------------|-----|--------------|
| 【施設名称】 | 福島県赤十字血液センター 学術情報・供給課 |              |     |              |
| 【連絡先】  | TEL                   | 024(544)2555 | FAX | 024(545)0990 |

## ● 優先順位③

|        |                       |              |     |              |
|--------|-----------------------|--------------|-----|--------------|
| 【施設名称】 | 山形県赤十字血液センター 学術情報・供給課 |              |     |              |
| 【連絡先】  | TEL                   | 023(631)2904 | FAX | 023(633)9322 |

## ● 優先順位④

|        |                       |              |     |              |
|--------|-----------------------|--------------|-----|--------------|
| 【施設名称】 | 岩手県赤十字血液センター 学術情報・供給課 |              |     |              |
| 【連絡先】  | TEL                   | 019(637)4702 | FAX | 019(637)3172 |