

輸血用血液製剤発注票

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

(希望)納品日 <u>2020年4月1日</u> (<u>水</u> 曜日)
医療機関コード <u>04-99999</u>
医療機関名 <u>〇〇〇病院</u>
届場所 <u>検査室</u>
発注担当部署・発注者名 <u>検査課 △△</u>
TEL <u>999-999-9999</u> 内線
FAX <u>888-888-8888</u>

照射区分	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 未照射	Ir-RBC-LR-2	A	+	2		1.定時便 (午前・午後) 2.臨時便 3.緊急便	
照射 未照射						1.定時便 (午前・午後) 2.臨時便 3.緊急便	
照射 未照射						1.定時便 (午前・午後) 2.臨時便 3.緊急便	
照射 未照射						1.定時便 (午前・午後) 2.臨時便 3.緊急便	
照射 未照射						1.定時便 (午前・午後) 2.臨時便 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。

輸血用血液製剤発注票

参考 FAXによる中止の記入例

(希望)納品日 2020年4月1日 (水曜日)
 医療機関コード 04-99999
 医療機関名 〇〇〇病院
 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 888-888-8888

受付 No. : 0401 1 001

受注日時 : 2020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

血液製剤名		血液型		本数	特記事項	(希望)出庫便名	受注番号
照射区分	製剤名(略号)・規格	ABO	Rh				
照射	Ir-RBC-LR-2	A	+	2	中止 △△	1.定時便 (午前・午後) 2.臨時便 3.緊急便	002
未照射							
照射						1.定時便 (午前・午後) 2.臨時便 3.緊急便	
未照射							
照射						1.定時便 (午前・午後) 2.臨時便 3.緊急便	
未照射							
照射						1.定時便 (午前・午後) 2.臨時便 3.緊急便	
未照射							

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。

輸血用血液製剤発注票

参考 FAXによる変更の記入例①

(希望)納品日 2020年4月1日 (水曜日)
 医療機関コード 04-99999
 医療機関名 〇〇〇病院
 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 888-888-8888

受付 No. : 0401 1 001

受注日時 : 2020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

血液製剤名		血液型		本数	特記事項	(希望)出庫便名	受注番号
照射区分	製剤名(略号)・規格	ABO	Rh				
照射 未照射	Ir-RBC-LR-2	A	+	2 3	本数変更 △△	1.定時便 (午前・午後) 2.臨時便 3.緊急便	002
照射 未照射						1.定時便 (午前・午後) 2.臨時便 3.緊急便	
照射 未照射						1.定時便 (午前・午後) 2.臨時便 3.緊急便	
照射 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) 2.臨時便 3.緊急便	
照射 未照射						1.定時便 (午前・午後) 2.臨時便 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。

輸血用血液製剤発注票

参考 FAXによる変更の記入例②

(希望)納品日 2020年4月1日 (水曜日)
 医療機関コード 04-99999
 医療機関名 〇〇〇病院
 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 888-888-8888

受付 No. : 0401 1 001

受注日時 : 2020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

血液製剤名		血液型		本数	特記事項	(希望)出庫便名	受注番号
照射区分	製剤名(略号)・規格	ABO	Rh				
照射 ・ 未照射	Ir-RBC-LR-2	A	+	2	A型 2本中止 △△	1.定時便 (午前・午後) 2.臨時便 3.緊急便	002
照射 ・ 未照射	Ir-RBC-LR-2	O	+	2		1.定時便 (午前・午後) 2.臨時便 3.緊急便	
照射 ・ 未照射						1.定時便 (午前・午後) 2.臨時便 3.緊急便	
照射 ・ 未照射						1.定時便 (午前・午後) 2.臨時便 3.緊急便	
照射 ・ 未照射						1.定時便 (午前・午後) 2.臨時便 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。