: FAX 022 (777) 6301

## 輸血用血液製剤発注票

(希望)納品日 <u>2020 年 4月1日(</u> 水曜日) 医療機関コード <u>04-99999</u>					
医療機関名 <u>OOO病院</u> 届 場 所 検査室					
発注担当部署·発注者名 <u>検査課 △△</u> TEL 999-999-999 内線 FAX 888-888-888					

受付「	Vo.∶_					
受注E	3時:_		年	月	В	:
受	注	者:				
受 注	入力	者:				
受注入力確認者:						
発注問	り合せ	先	:宫坝	成県赤十	-字血液	センター

学術情報·供給課 : TEL O22(290)2520

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

<sup>※</sup> 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。

<sup>※</sup> 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。

(希望)納品日 <u>2020 年 4 月 1 日(</u> 水 曜日) 医療機関コート、 <u>04-99999</u> 医療機関名 <u>000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 999-999-999 内線 FAX 888-888-8888 受付 No.:\_\_\_\_<u>0401\_\_1\_\_001</u>\_\_\_\_\_\_

受注日時:<u>2020 年 4 月 1 日 9:30</u>

受 注 者:<u>佐藤</u>

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			特記事項	(希望)出庫便名		
照射 区分	製剤名(略号)・規	ABO	Rh	本数	19 80 5 97		受注番号
照射 未照射	ir-RBC-LR-2	Ā	+	2	一 中止 △△ ,	1.定時便 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	変更	内容と変更体	頼者名	L 名を		1.定時便(午前·午後) 2.臨時便 3.緊急便	
照射 未照射	ご記え	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	

<sup>%</sup> 太枠内のみ記入して下さい。また、 $Ir ext{-PC-HLA-LR}$  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。

<sup>※</sup> 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

医療機関]-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 <u>検査課 △△</u>

TEL 999-999-9999 内約

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

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		特記事項		(希望)出庫便名	
照射 区分	製剤名(略号)・規格	ABO	Rh	本数	15 10 5	•		受注番号
照射 未照射	Ir-RBC-LR-2	A	+	2	本数変更 △△		1.定時便 2.臨時便 3.緊急便	002
照射 未照射			,	3,		, ,	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					更内容と変更依頼者名を 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	

<sup>※</sup> 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。

<sup>※</sup> 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 <u>2020 年 4 月 1 日(</u> 水 曜日)
医療機関]-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 <u>検査課 △△</u>
TEL 999-999-9999 内線
FAX 888-888-8888

受付 No.: \_\_\_\_0401 1 001\_

受注日時:<u>2020 年 4 月 1 日 9:30</u>

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		特記事項	(希望)出庫便名	
照射 区分	製剤名(略号) • 規格	ABO	Rh	本数	15 85 5 91		受注番号
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	0	+	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	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	_

本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。