

## 濃厚血小板 HLA-LR 「日赤」 用 HLA 検査依頼書

年 月 日

日本赤十字社  
東海北陸ブロック血液センター検査三課 御中

病院 科

担当医師名:
(輸血検査担当者: _____)
Tel:
Fax:

1 依頼項目(依頼する項目の□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 ※HLA 抗体検査が陰性の場合、HLA 型クラス I 検査は実施しません。  
 タイピング済の場合記入:HLA-A( . . ), B( . . ), C( . . )  
※供給を急がれる場合は必ずご記入ください。

2 患者情報

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

妊娠歴 ( なし・あり ), 輸血歴 ( なし・あり )

化学療法 ( なし・あり )(期間: \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_)

移植予定日: \_\_\_\_\_ 年 月 日, 供給開始希望日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

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)			
血小板数(後)			
血小板数測定時間	<input type="checkbox"/> 1時間後 <input type="checkbox"/> 24時間後 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 1時間後 <input type="checkbox"/> 24時間後 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 1時間後 <input type="checkbox"/> 24時間後 <input type="checkbox"/> その他( )
輸血効果	有・無	有・無	有・無

4 現在の症状

発熱:( なし・あり ) 出血及び出血傾向:( なし・あり )

D I C:( なし・あり ) 感染症:( なし・あり ) 脾腫:( なし・あり )