

照射濃厚血小板 HLA-LRBS「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一課 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。)

<input type="checkbox"/> HLA 抗体検査	(検査済の場合:検査法 _____, 検査結果: 陽性・陰性)
<input type="checkbox"/> HPA 抗体検査	(検査済の場合:検査法 _____, 検査結果: 陽性・陰性)

他の検査機関に HLA 型検査を依頼した場合、以下の HLA 型検査実施の必要はありません。なお、HLA 型検査報告書があれば、添付してください。

<input type="checkbox"/> HLA 型クラス I 検査 (HLA 抗体検査が陰性の場合、実施しません。)
<input type="checkbox"/> HLA 型クラス I 検査 (HLA 抗体検査が陰性の場合も、実施します。検査料金も発生します。)

※検査結果は全て出揃い次第連絡させていただきます。なお、途中経過については検査一課(0561-89-7820)に問い合わせいただければ対応いたします。(口頭のみ対応となります。平日 9:00~17:00 休日 13:00~16:00)

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	身長(cm)	_____	体重(kg)	_____	妊娠歴	無・有
血液型 ^{※1}	A・B・O・AB	Rh()	診断名	_____			
化学療法	無・有 (期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)				輸血歴	無・有	
移植された場合のみご記入ください。			移植ドナーの血液型	A・B・O・AB	Rh()		
移植日	年 月 日	希望される製剤の血液型	A・B・O・AB	Rh()			

※1 移植された場合は移植前の血液型をご記入ください。

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 ^{※2}	_____		_____		_____	
血小板数(前)	×10 ⁴ /μL		×10 ⁴ /μL		×10 ⁴ /μL	
血小板数(後)	×10 ⁴ /μL		×10 ⁴ /μL		×10 ⁴ /μL	
血小板数測定時間	□1時間後 ^{※3} □24時間後 □その他()		□1時間後 ^{※3} □24時間後 □その他()		□1時間後 ^{※3} □24時間後 □その他()	
輸血効果	無・有		無・有		無・有	

4 現在の症状

発熱	無・有		出血及び出血傾向		無・有	
D I C	無・有	感染症	無・有	脾腫	無・有	

※2 血小板輸血効果の参考になる場合があります。

※3 血小板輸血不応が免疫学的機序の場合 1 時間値から低下することがあります。