

依頼受付 No. _____

赤血球関連検査依頼書

年 月 日

日本赤十字社東海北陸ブロック血液センター
検査課宛

病院	科
担当医師名: _____	
(担当者: _____)	
住所: 〒 _____ - _____	
Tel: _____	
FAX: _____	

1. 依頼項目(依頼する□にレ点を記入して下さい。)

ABO 亜型検査、 Rh 血液型精査、 不規則抗体同定検査

2. 患者情報

患者名: _____ (フリガナ _____)

性別: 男 ・ 女 , 生年月日: _____ 年 月 日

診断名: _____

投薬名: _____

輸血歴: 有 ・ 無 , 妊娠歴: 有 ・ 無

最終輸血歴 _____ 年 月 日 (製剤名: _____ 単位数: _____)

造血幹細胞移植歴: 有 ・ 無 (ABO 亜型検査依頼時にご記入ください。)

次回の輸血予定日: _____ 月 日

3. 検体種別

EDTA 加血液(_____ 本) , 凝固血液(_____ 本) , その他(_____)

採血日: _____ 年 月 日

検体は抗凝固剤(EDTA)入り検体 10mL、凝固血検体 10mL 必要です

4. 備考(臨床経過、検査結果等をご記入又は添付してください。)

血液型及び抗体検査時のお願い

1. 検査の依頼につきましては、必ず事前に下記連絡先までご連絡ください。
なお、貴院もしくは検査センターにて検査可能な場合や輸血を前提としない検査等、内容によってはお受けできない場合もございますのでご了承下さい。
2. 土、日、夜間、祝祭日、5月1日（日赤創立記念日）、年末年始（12月28日～1月3日）及び緊急検査は原則としてお受け出来ません。
3. ご依頼いただく場合は、別紙「検査依頼書」に必要事項を記入の上、検体と、貴院での検査結果（必須）とともに貴院でお届け下さい。
4. 検査結果は、検査終了後報告書を郵送させていただきますが、輸血予定のある場合は、結果が出次第電話、FAXでの報告も致します。
5. 検査料につきましては、別紙の料金を医療機関宛にご請求させていただきます。
6. 検体につきましては下記のものがが必要です。
 - ①必ず、検体には医療機関名、患者名、採血日を記入下さい。
 - ②検体量は原則として抗凝固剤（EDTA）入り血 10mL と、凝固血 10mL です。
 - ③ABO亜型の検査は唾液約 3mL が必要な場合もあります。
(唾液は、採取後 10～30 分間煮沸処理して下さい。)

連絡先：東海北陸ブロック血液センター
血液型検査担当者
TEL：(0561) 89-7816