

HLA 検査依頼書 (NAIT)

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

<input checked="" type="checkbox"/> 母親の HLA・HPA 抗体検査
<input checked="" type="checkbox"/> 母親の HLA 型タイピング (但し、HLA 抗体検査が陰性の場合、実施しません。)
<input checked="" type="checkbox"/> 母親の HPA 型タイピング (但し、HPA 抗体検査が陰性の場合、実施しません。)

下記の検査項目を希望する場合は、□にレ点を記入して下さい。

<input type="checkbox"/> 患児の HLA 抗体検査
<input type="checkbox"/> 患児の HPA 抗体検査
<input type="checkbox"/> 患児の HLA 型タイピング (但し、HLA 抗体検査が陰性の場合、実施しません。)
<input type="checkbox"/> 患児の HPA 型タイピング (但し、HPA 抗体検査が陰性の場合、実施しません。)

2 患者情報

	患児	母親
氏名		
生年月日(西暦)	年 月 日	年 月 日
ABO 血液型	A ・ O ・ B ・ AB	A ・ O ・ B ・ AB
Rh 型	+ ・ -	+ ・ -
妊娠歴(経妊/経産)		/
輸血歴(回)	無 ・ 有(回)	無 ・ 有(回)
既往歴		無 有()

※ 貴医療機関にて本依頼書の写を控えてください。