

### 輸血実施記録

患者氏名 \_\_\_\_\_、患者番号 \_\_\_\_\_

血液製剤種類 RCC・PC・FFP・( )、 単位、 (製造番号シール貼付)	実施者 署名
輸血前 ( 時 分 ) 体温 °C、脈拍 /分、血圧 、 SpO <sub>2</sub> %	
輸血開始 5 分後 ( 時 分 ) 体温 °C、脈拍 /分、血圧 、 SpO <sub>2</sub> % <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり： <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
輸血開始 15 分後 ( 時 分 ) 体温 °C、脈拍 /分、血圧 、 SpO <sub>2</sub> % <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり： <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
輸血終了時 ( 時 分 ) 体温 °C、脈拍 /分、血圧 、 SpO <sub>2</sub> % <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり： <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
次回輸血予定 月 日 交差血 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	