

血液製剤発注票

FAX送信日:平成 年 月 日

(17-)

病院

担当部署・発注者名: _____

電話 076- - _____

FAX 076- - _____

納品日:平成 年 月 日 午前・午後・緊急(サイレン)

使用予定日:平成 年 月 日 午前・午後・在庫

製剤名・規格	血液型	Rh	単位数または本数	備考
Ir-		+-		
Ir-		+-		
Ir-		+-		
Ir-		+-		

注意:FFP-LR1・2の容量が以前の 1.5 倍になっていますので発注の際にはご注意ください!

※ Rh(-)については事前にご連絡をお願いします!

<血液製剤名・略号>

- | | | | |
|-----------|-----------|-------------|------------|
| ・赤血球濃厚液 | RCC-LR | ・照射洗浄赤血球液 | Ir-WRC-LR |
| ・照射赤血球濃厚液 | Ir-RCC-LR | ・照射人全血液 | Ir-WB-LR |
| ・新鮮凍結血漿 | FFP-LR | ・照射解凍赤血球濃厚液 | Ir-FTRC-LR |
| ・照射濃厚血小板 | Ir-PC-LR | ・照射合成血液 | Ir-BET-LR |

<血液センター記入欄> この欄には記入しないで下さい

① 1便(午前) ② 2便(午後) ③ 臨時便(時) ④ 緊急

受注日時	受注確認者	受注入力者	出庫担当者	外観確認者	受注入力確認者
月 日 時 分				適	
受注番号	納品 (受注)	納品 (製剤)	梱包担当者	梱包確認者	供給担当者
No.					

FAX送信後は、発注内容について確認の電話をお願いいたします。

+ 石川県赤十字血液センター供給課 Tel237-5538 FAX237-0900