

輸血用血液製剤発注票

(希望)納品日	年	月	日(曜日)
医療機関コード	_____		
医療機関名	_____		
届場所	_____		
発注担当部署・発注者名	_____		
TEL	_____内線		
FAX	_____		

受付 No. : _____

受注日時 : _____年 _____月 _____日 _____ :

受注者 : _____

受注入力者 : _____

受注入力確認者 : _____

発注問合せ先 :

宮城県赤十字血液センター・供給課

TEL 022 (290) 2520

FAX 022 (777) 6301

照射区分	血液製剤名	血液型		本数	特記事項	(希望)出庫便名	受注番号
	製剤名(略号)・規格	ABO	Rh				
照射 ・ 未照射						1.定期便(午前・午後) 2.定期便以外 3.緊急	
照射 ・ 未照射						1.定期便(午前・午後) 2.定期便以外 3.緊急	
照射 ・ 未照射						1.定期便(午前・午後) 2.定期便以外 3.緊急	
照射 ・ 未照射						1.定期便(午前・午後) 2.定期便以外 3.緊急	
照射 ・ 未照射						1.定期便(午前・午後) 2.定期便以外 3.緊急	

※ 太枠内のみ記入して下さい。また、Ir-PC-HLA-LR の場合のみ特記事項に患者名等を記入して下さい。

※ 定期便以外、緊急を指定した場合は、状況等の確認が必要なため、FAX 送信後必ず電話にて連絡して下さい。

輸血用血液製剤発注票

(希望)納品日 **2014** 年 **10** 月 **1** 日(水曜日)

医療機関コード 04-99999

医療機関名 〇〇〇病院

届 場 所 検査室

発注担当部署・発注者名 検査科・△△

TEL 099-999-9999 内線 111

FAX 099-999-8888

受付 No. : _____

受注日時 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ :

受 注 者 : _____

受 注 入 力 者 : _____

受注入力確認者 : _____

発注問合せ先 : _____

宮城県赤十字血液センター・供給課

TEL 022 (290) 2520

FAX 022 (777) 6301

血液製剤名		血液型		本数	特 記 事 項	(希望)出庫便名	受注番号
照射 区分	製剤名(略号)・規格	ABO	Rh				
照射 未照射	Ir-RBC-LR-2	A	+	1		①定期便(午前・午後) 2.定期便以外 3.緊 急	
照射 未照射						1.定期便(午前・午後) 2.定期便以外 3.緊 急	
照射 未照射						1.定期便(午前・午後) 2.定期便以外 3.緊 急	
照射 未照射						1.定期便(午前・午後) 2.定期便以外 3.緊 急	
照射 未照射						1.定期便(午前・午後) 2.定期便以外 3.緊 急	

※ 太枠内のみ記入して下さい。また、Ir-PC-HLA-LR の場合のみ特記事項に患者名等を記入して下さい。

※ 定期便以外、緊急を指定した場合は、状況等の確認が必要なため、FAX 送信後必ず電話にて連絡して下さい。

輸血用血液製剤発注票

中止

受付 No. : 1001 1001

受注日時 : 2014年 10月 1日 9:10

受注者 : 佐藤

受注入力者 : 鈴木

受注入力確認者 : _____

発注問合せ先 : _____

宮城県赤十字血液センター・供給課

TEL 022 (290) 2520

FAX 022 (777) 6301

(希望)納品日 2014年 10月 1日(水曜日)
 医療機関コード 04-99999
 医療機関名 〇〇〇病院
 届場所 検査室
 発注担当部署・発注者名 検査科・△△
 TEL 999-999-9999 内線 111
 FAX 999-999-8888

血液製剤名		血液型		本数	特記事項	(希望)出庫便名	受注番号
照射区分	製剤名(略号)・規格	ABO	Rh				
照射 未照射	Ir-RBC-LR-2	A	+	1		①定期便(午前・午後) ②定期便以外 ③緊急	
照射 未照射						1.定期便(午前・午後) 2.定期便以外 3.緊急	
照射 未照射						1.定期便(午前・午後) 2.定期便以外 3.緊急	
照射 未照射						1.定期便(午前・午後) 2.定期便以外 3.緊急	
照射 未照射						1.定期便(午前・午後) 2.定期便以外 3.緊急	

※ 太枠内のみ記入して下さい。また、Ir-PC-HLA-LR の場合のみ特記事項に患者名等を記入して下さい。

※ 定期便以外、緊急を指定した場合は、状況等の確認が必要なため、FAX 送信後必ず電話にて連絡して下さい。

輸血用血液製剤発注票

(希望)納品日 2014年10月1日(水曜日)
 医療機関コード 04-99999
 医療機関名 〇〇〇病院
 届場所 検査室
 発注担当部署・発注者名 検査科・△△
 TEL 999-999-9999 内線 111
 FAX 999-999-8888

受付 No. : 1001 1001

受注日時 : 2014年 10月 1日 9:10

受注者 : 佐藤

受注入力者 : 鈴木

受注入力確認者 : _____

発注問合せ先 : _____

宮城県赤十字血液センター・供給課

TEL 022 (290) 2520

FAX 022 (777) 6301

照射区分	血液製剤名 製剤名(略号)・規格	血液型		本数	特記事項	(希望)出庫便名	受注番号
		ABO	Rh				
照射 未照射	Ir-RBC-LR-2	A	+	1		①定期便(午前・午後) 2.定期便以外 3.緊急	
照射 未照射				2		1.定期便(午前・午後) 2.定期便以外 3.緊急	
照射 未照射						1.定期便(午前・午後) 2.定期便以外 3.緊急	
照射 未照射						1.定期便(午前・午後) 2.定期便以外 3.緊急	
照射 未照射						1.定期便(午前・午後) 2.定期便以外 3.緊急	

※ 太枠内のみ記入して下さい。また、Ir-PC-HLA-LR の場合のみ特記事項に患者名等を記入して下さい。

※ 定期便以外、緊急を指定した場合は、状況等の確認が必要なため、FAX 送信後必ず電話にて連絡して下さい。

輸血用血液製剤発注票

(希望)納品日 2014年10月1日(水曜日)
 医療機関コード 04-99999
 医療機関名 〇〇〇病院
 届場所 検査室
 発注担当部署・発注者名 検査科・△△
 TEL 999-999-9999 内線 111
 FAX 999-999-8888

受付 No. : 1001 1001

受注日時 : 2014年 10月 1日 9:10

受注者 : 佐藤

受注入力者 : 鈴木

受注入力確認者 : _____

発注問合せ先 : _____

宮城県赤十字血液センター・供給課

TEL 022 (290) 2520

FAX 022 (777) 6301

照射区分	血液製剤名 製剤名(略号)・規格	血液型		本数	特記事項	(希望)出庫便名	受注番号
		ABO	Rh				
照射 未照射	Ir-RBC-LR-2	A	+	1		1.定期便 (午前・午後) 2.定期便以外 3.緊急	
照射 未照射	Ir-RBC-LR-1	B	+	1		1.定期便 (午前・午後) 2.定期便以外 3.緊急	
照射 未照射						1.定期便 (午前・午後) 2.定期便以外 3.緊急	
照射 未照射						1.定期便 (午前・午後) 2.定期便以外 3.緊急	
照射 未照射						1.定期便 (午前・午後) 2.定期便以外 3.緊急	

※ 太枠内のみ記入して下さい。また、Ir-PC-HLA-LR の場合のみ特記事項に患者名等を記入して下さい。

※ 定期便以外、緊急を指定した場合は、状況等の確認が必要なため、FAX 送信後必ず電話にて連絡して下さい。