緊急時における有効期間を超えた血小板製剤の運用要綱　様式１～9

様式１「細菌培養試験検査依頼書」

様式２「緊急用血小板保管依頼書」

様式３「緊急用血小板判定結果連絡票」

様式４「緊急用血小板在庫準備完了連絡票」

様式５「緊急用血小板受渡依頼書」

様式６「緊急用血小板受渡伝票（正）」

様式６「緊急用血小板受渡伝票（副）」

様式７「緊急用血小板廃棄記録表」

様式8「緊急用血小板判定結果連絡票（6日後培養結果）」

様式9「緊急用血小板細菌培養検査最終報告書」

様式１　細菌培養検査依頼書

検査依頼日：2024年７月30日

検査依頼先：沖縄赤十字病院　御中

検査依頼元：沖縄県赤十字血液センター

依頼担当者名	

当センターの血小板製剤の在庫が無くなる可能性があることから、「緊急時における有効期間を超えた血小板製剤の運用要綱」に基づき、細菌培養検査を下記のとおり依頼します。

検査依頼本数		本

血液型を追記

対象の血液

No.	製造番号	血液型		採血年月日	採血後8日目の年月日
		ABO	RH		
記入例	○○－○○○○-○○○○	A	+	2024/1/1	2024/1/9
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

備考

様式２　緊急用血小板保管依頼書

保管依頼先：　沖縄県赤十字血液センター　御中

受領日時	年　月　日　時　分	受領者名	

保管依頼元：沖縄赤十字病院

依頼日時	年　月　日　時　分	依頼担当者名	

依頼のあった以下の血液について、細菌培養検査のためのサンプリングを終了したことから、
緊急用血小板の保管を下記のとおり依頼します。

保管依頼本数		本

血液型を追記

対象の血液

No.	製造番号	血液型		採血年月日	採血後8日目の年月日
		ABO	RH		
記入例	○○－○○○○-○○○○	A	+	2024/1/1	2024/1/9
1					
2		様式１で入力した内容を反映させる			
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

備考

保管開始日時	年　月　日 時　分	確認者名	

様式３　緊急用血小板判定結果連絡票
（　　時間後培養結果）

24時間毎に記載できるよう修正

報告日　　年　　月　　日

報告先：　沖縄県赤十字血液センター　御中

報告元：沖縄赤十字病院

報告担当者名	

緊急用血小板の細菌培養検査フローチャートに基づく、判定結果がでましたので、報告します。

検査結果連絡本数		本

血液型を追記

対象の血液

No.	製造番号	血液型		採血年月日	採血後8日目の年月日	判定結果
		ABO	RH			
記入例	○○－○○○○-○○○○	A	＋	2024/1/1	2024/1/9	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

備考

受領日時	年　月　日 時　分	受領者名	

様式４　緊急用血小板在庫準備完了連絡票

連絡年月日：

沖縄県内各医療機関　御中

沖縄県赤十字血液センター
電話番号：098-834-0250

次の期間において、台風の影響により、血小板製剤の在庫が無くなる恐れがあるため、緊急用血小板の在庫準備をいたしました。
緊急用血小板が必要な場合は、本紙と併せてお送りしている様式５「緊急用血小板受渡依頼書」に必要事項を記載頂き、当センター供給課にご連絡願います。

期間	～	日間

準備完了本数	本

内訳	Ａ型	Ｏ型	Ｂ型	ＡＢ型

※10単位のみ

備考

様式５　緊急用血小板受渡依頼書

連絡年月日:　　年　　月　　日

依頼先：　沖縄県赤十字血液センター　御中

依頼元	
医療機関名	
依頼担当者	
納品場所	
電話番号	

依頼本数	A型		本
	O型		本
	B型		本
	AB型		本
	合計		本

備考

様式６　緊急用血小板受渡伝票（正）

（医療機関提出用）

受渡先	
医療機関名	
依頼担当者	
納品場所	
電話番号	

搬送者：沖縄県赤十字血液センター
電話番号：098-834-0250

受渡本数	Ａ型		本
	Ｏ型		本
	Ｂ型		本
	ＡＢ型		本
	合計	0	本

受領サイン	
受領日時	年　月　日 時　分

搬送者サイン	
出庫日時	年　月　日 時　分

様式６　緊急用血小板受渡伝票　別紙（正）

No.	血液型	製造番号	採血年月日	採血後8日目の年月日
記入例	○	○○－○○○○-○○○○	2024/1/1	2024/1/9
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

様式６　緊急用血小板受渡伝票（副）

（血液センター保管用）

受渡先	
医療機関名	
依頼担当者	
納品場所	
電話番号	

搬送者：沖縄県赤十字血液センター
電話番号：098-834-0250

受渡本数	Ａ型		本
	Ｏ型		本
	Ｂ型		本
	ＡＢ型		本
	合計	0	本

受領サイン	
受領日時	年　月　日 時　分

搬送者サイン	
出庫日時	年　月　日 時　分

様式６　緊急用血小板受渡伝票　別紙（副）

No.	血液型	製造番号	採血年月日	採血後8日目の年月日
記入例	○	○○－○○○○-○○○○	2024/1/1	2024/1/9
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

様式７　緊急用血小板廃棄記録

記録年月日	記録時間	製造番号	記録者	備考

様式８　緊急用血小板判定結果連絡票
（6日後培養結果）

報告日：　　年　　月　　日

報告先：　沖縄県赤十字血液センター　御中

報告元：沖縄赤十字病院

報告担当者名	

緊急用血小板の細菌培養検査フローチャートに基づく、判定結果がでましたので、報告します。

検査結果連絡本数		本

血液型を追記

対象の血液

No.	製造番号	血液型		採血年月日	採血後8日目の年月日	判定結果
		ABO	RH			
記入例	○○－○○○○-○○○○	A	+	2024/1/1	2024/1/9	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

備考

FAX返信欄を追記

受領日時	年　月　日 時　分	受領者名	

様式９　「緊急用血小板細菌培養検査最終報告書」

報告日：　　年　　月　　日

報告先：　　御中

報告元：沖縄県赤十字血液センター

報告担当者名	

貴院に受渡した緊急用血小板について、緊急用血小板の細菌培養検査フローチャートに基づく、４日間培養後の判定結果がでましたので、報告します。

検査結果連絡本数		本

対象の血液

No.	製造番号	採血年月日	採血後8日目の年月日	判定結果
記入例	○○－○○○○-○○○○	2024/1/1	2024/1/9	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

備考