

輸血手帳 ひろしま SAMPLE

この手帳は、
あなたの輸血歴を
管理することに
役立てていただくため
大切に保管して下さい。



広島赤十字血液センター
(ひろさくせん)

輸血を受けられた方へ

輸血用血液には、非常に稀ですがウイルスが入り込むことがあり、そのため輸血を受けて、そのウイルスに感染することがあります。しかし、感染してもすぐに症状が出るのが少ないために、検査を行わないと感染をしているかどうかは分かりません。

そこで、私たち「広島県合同輸血療法委員会」では、輸血後3ヶ月経った頃、感染をしていないかどうか確認をするために、医療機関で検査をすることをとお勧めしています。

ですから、輸血を受けて3ヶ月経った頃、その時に通院している病院の担当医師に、この手帳を提示して下さい。

なお、検査費用につきましては健康保険が適用されますが、自己負担が生じますことはご承知いただきまますようお願いいたします。

検査を受けてください

輸血
施行日

3ヶ月後

お名前記入欄

あなたの基本情報

血液型： 型 Rh()
不規則抗体： 無・有
*有の場合は、
検出日 ()、種類 ()
輸血でのアレルギー歴： 無・有
*有の場合は、
発生日 ()
原因となった薬剤 ()

*特例は、輸血を受けた医療機関で記入してもらってください。



この手帳について、
ご質問等がございましたら、
下記までご連絡ください。

お問合せ先

広島県赤十字血液センター 学術・品質情報課
電話(082)241-1290 FAX(082)504-5476

医療機関のみさまへ

広島県では、県内の輸血医療の標準化を目的に平成23年度に、合同輸血療法委員会を設置されました。そこで、輸血前後の感染症検査の推進する取り組みの一つとして、当委員会では、**輸血手帳 ひろしま**を作成しました。

患者さんが医療施設で輸血を受けた場合には、前ページ[あなたの基本情報]欄及び次ページの[輸血施行医療機関]欄にご記入の上、患者さんにお渡しすると共に、輸血後感染症検査の受検を勧めして下さい。患者さんが輸血後に費施設を受診され、本手帳を提示された場合には、以下の輸血後感染症検査を行って下さい。

HBV/HBV-DNA-PCR(定性でも定量でもよい)
HCV/HCVコア抗原

HIV/HIV抗体(ELISAまたはOELISA法)

※なお、輸血前より上記ウイルス感染が確認できた場合は、該当項目は不要です。

※患者さんに不規則抗体がある場合は、現在判明している抗体名を[あなたの基本情報]欄に、ご記入ください。

輸血施行医療機関 *次ページを使用すれば空欄可

名称： () 年 月 日(半張し)
連絡先： 担当者
電話番号
*最終輸血施行日： 年 月 日
製剤種：

輸血施行医療機関 *次ページを使用すれば空欄可

名称： () 年 月 日(半張し)
連絡先： 担当者
電話番号
*最終輸血施行日： 年 月 日
製剤種：

輸血施行医療機関 *次ページを使用すれば空欄可

名称： () 年 月 日(半張し)
連絡先： 担当者
電話番号
*最終輸血施行日： 年 月 日
製剤種：

輸血施行日	輸血製剤 (シール添付でもよい)
/ /	製剤種： Lot：
/ /	製剤種： Lot：
/ /	製剤種： Lot：
/ /	製剤種： Lot：

通信欄



平成28年3月発行
広島県合同輸血療法委員会
(共同事務局)

広島県健康福祉局医務課
〒730-8511 広島市中区基町10-52
電話(082)228-2111(代)
広島県赤十字血液センター
〒730-0052 広島市中区千田町2-5-5
電話(082)241-1246(代)