

依頼日

20xx年xx月xx日

●●●●●●●●病院

地域連携課 ●●

様

ピースホームケアクリニック

医師

平本 秀二

在宅輸血療法に係る情報提供のお願い

患者ID	:	1234		
患者氏名	:	ピース 太郎 様		
患者住所	:	滋賀県大津市xx町1丁目x-x		
生年月日	:	19xx年xx月xx日	(xx歳)	性別: 男

平素より格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。この度、上記患者様の在宅輸血療法を実施するにあたり、以下の事項について情報提供をいただきたく、よろしくお願い申し上げます。ご回答は、本書ならびに検査結果等と併せて当院までFAXでご送付くださいますと幸いです。大変ご面倒をおかけいたしますが、在宅輸血療法の安全な実施のため、何卒よろしくお願い申し上げます。

- 以下の項目のうち貴院で実施された検査について、検査日および検査結果が確認できる資料をご提供ください。
 血型 不規則抗体 感染症検査 (HBs抗原・HBs抗体・HBc抗体・HCV抗体・HCVコア抗原・HIV)
- 最終の輸血後感染症検査の実施日を教えてください。

--

- 貴院での赤血球輸血による有害事象・副反応の有無とその対応、輸血前処置について教えてください。

--

- 貴院での赤血球輸血に要する時間を教えてください (在宅では1時間30分~2時間程度で実施します)。

--

- 在宅輸血療法中の急変時に、救急搬送をお受けいただけるかどうかについて教えてください。
いずれかの医療機関で救急搬送をお受けいただけない場合、**在宅輸血をお引き受けすることができません。**

貴院に搬送可 ・ 連携病院 () に搬送可

ご協力ありがとうございました。

本紙ならびに検査結果等の資料と併せて、下記いずれかにFAXでご送付ください。

- ピースホームケアクリニック FAX: 077-548-7665
 ピースホームケアクリニック京都 FAX: 075-585-3874

医療法人 平和の森