

令和3年度「血液製剤使用実態調査」

【目的】

血液製剤は、人から採取された血液を原料とするため、貴重なものであるとともに、血液を介して感染する病原体が混入するリスクがある。「安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律（以下、「血液法」という。）は、こうした血液製剤の特殊性にかんがみ、適正使用の推進を法の基本理念として掲げている。

血液法の基本方針において、国は、医療機関における血液製剤の使用状況について定期的に調査し、適正使用の推進に必要な方策を講ずることとなっている。このため本調査により、医療機関の血液製剤の管理体制、使用状況など、について調査を行い、適正使用の推進に必要な方策を検討する基礎的な資料の作成を行う。

【対象施設】

2020年度(2020年4月1日～2021年3月31日)に輸血用血液製剤の納入実績のある医療機関

【1】 基本的事項

1-1) 医療機関の概要について

1-1. 病床数を記入してください

(枠の中に病床数を必ず整数で記入してください)

一般病床数(必須入力)	床	療養病床数	床
精神病床数	床	感染症病床数	床
その他病床数	床		

* 2020年4月1日現在の病床数を回答してください。

1-2. 貴施設の種類として当てはまるものを選んでください(必須入力)

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/> (1) 地域医療支援病院	<input type="checkbox"/> (2) 特定機能病院	<input type="checkbox"/> (3) 臨床研究中核病院
<input type="checkbox"/> (4) 一般病院	<input type="checkbox"/> (5) 診療所	<input type="checkbox"/> (6) へき地医療拠点病院
<input type="checkbox"/> (7) その他		

1-3. 貴施設の診療科として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/> (1) 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> (2) 消化器外科	<input type="checkbox"/> (3) 脳神経外科
<input type="checkbox"/> (4) 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> (5) 整形外科	<input type="checkbox"/> (6) 産婦人科
<input type="checkbox"/> (7) 皮膚科・形成外科	<input type="checkbox"/> (8) 泌尿器科	<input type="checkbox"/> (9) その他の外科
<input type="checkbox"/> (10) 血液内科	<input type="checkbox"/> (11) 循環器内科	<input type="checkbox"/> (12) 消化器内科
<input type="checkbox"/> (13) 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> (14) 腎臓内科	<input type="checkbox"/> (15) 神経内科
<input type="checkbox"/> (16) 膠原病リウマチ科	<input type="checkbox"/> (17) 内分泌代謝科	<input type="checkbox"/> (18) その他の内科
<input type="checkbox"/> (19) 精神科・心療内科	<input type="checkbox"/> (20) 小児科	<input type="checkbox"/> (21) 腫瘍治療科
<input type="checkbox"/> (22) 救急科	<input type="checkbox"/> (23) 歯科・口腔外科	<input type="checkbox"/> (24) その他の診療科

* 診療科が完全に一致しない場合でも、次頁の診療科分類表を参考にして診療内容の近い診療科を選択してください。

【参考資料 1: 診療科分類（厚労省診療科コード）】

診療科	厚労省コード	診療科目	厚労省コード	診療科目
(1) 心臓血管外科	170	心臓血管外科		
(2) 消化器外科	210	肛門科	510	消化器外科
	520	肝胆膵外科	540	大腸肛門科
(3) 脳神経外科	150	脳神経外科	580	脳卒中科
(4) 呼吸器外科	160	呼吸器外科	250	気管食道科
(5) 整形外科	120	整形外科	260	リハ科
(6) 産婦人科	220	産婦人科	320	産科
	330	婦人科	560	不妊内分泌科
(7) 皮膚科・形成外科	300	皮膚科	130	形成外科
	140	美容外科		
(8) 泌尿器科	310	泌尿器科	200	性病科
	190	皮膚泌尿器科		
(9) その他の外科	110	外科	240	耳鼻咽喉科
	230	眼科	550	眼形成眼窩外科
	490	麻酔科	610	乳腺甲状腺外科
(10) 血液内科	470	血液科	480	血液内科
	660	血液腫瘍内科		
(11) 循環器内科	070	循環器科	350	循環器内科
(12) 消化器内科	060	消化器科	290	胃腸科
	500	消化器内科		
(13) 呼吸器内科	050	呼吸器科	340	呼吸器内科
(14) 腎臓内科	410	腎臓内科	430	血液透析科
	670	腎不全科	420	腎移植科
(15) 神経内科	040	神経科	280	神経内科
(16) 膠原病リウマチ科	080	アレルギー科	090	リウマチ科
	570	膠原病リウマチ科		
(17) 内分泌代謝科	400	糖尿病科	440	代謝内科
	450	内分泌内科	530	糖尿内科
	650	内分泌リウマチ科	690	内分泌代謝科
(18) その他の内科	010	内科	270	放射線科
(19) 精神科・心療内科	030	精神科	680	精神神経科
	020	心療内科		
(20) 小児科	100	小児科	180	小児外科
	620	新生児科	630	小児循環器科
(21) 腫瘍治療科	590	腫瘍治療科		
(22) 救急科	460	救急医学科		
(23) 歯科・口腔外科	360	歯科	390	歯科口腔外科
	380	小児歯科	370	歯科矯正科
(24) その他の診療科	600	総合治療科	640	緩和ケア科

診療科分類は厚労省診療科コードを用いて便宜上 24 種類に分けました。診療科が一致しない場合でも、診療内容の近い診療科を左端の診療科(1)～(24)から選択してください。

この分類は平成 30 年度「DPC 導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の診療科コードを利用したものです。

1-4. 2020年4月～2021年3月の期間で、全麻手術を行いましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 行った	<input type="checkbox"/>	(2) 行わなかった	<input type="checkbox"/>	(3) わからない
「(1) 行った」の場合、件数を整数で記入してください					件

1-5. 2020年4月～2021年3月の期間で、心臓・大血管手術を行いましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 行った	<input type="checkbox"/>	(2) 行わなかった	<input type="checkbox"/>	(3) わからない
「(1) 行った」の場合、件数を整数で記入してください					件

1-6. 2020年4月～2021年3月の期間で、帝王切開を行いましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 行った	<input type="checkbox"/>	(2) 行わなかった	<input type="checkbox"/>	(3) わからない
「(1) 行った」の場合、件数を整数で記入してください					件

1-7. 2020年4月～2021年3月の期間で、造血幹細胞移植を行いましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 行った	<input type="checkbox"/>	(2) 行わなかった	<input type="checkbox"/>	(3) わからない
「(1) 行った」の場合、件数を整数で記入してください					件

1-8. 2020年4月～2021年3月の期間で、腎臓移植を行いましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 行った	<input type="checkbox"/>	(2) 行わなかった	<input type="checkbox"/>	(3) わからない
「(1) 行った」の場合、件数を整数で記入してください					件

1-9. 2020年4月～2021年3月の期間で、肝臓移植を行いましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 行った	<input type="checkbox"/>	(2) 行わなかった	<input type="checkbox"/>	(3) わからない
「(1) 行った」の場合、件数を整数で記入してください					件

1-10. 2020年4月～2021年3月の期間で、心臓移植を行いましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 行った	<input type="checkbox"/>	(2) 行わなかった	<input type="checkbox"/>	(3) わからない
「(1) 行った」の場合、件数を整数で記入してください					件

1-11. 2020年4月～2021年3月の期間で、膵臓移植を行いましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 行った	<input type="checkbox"/>	(2) 行わなかった	<input type="checkbox"/>	(3) わからない
「(1) 行った」の場合、件数を整数で記入してください					件

1-12. 2020年4月～2021年3月の期間で、血漿交換を行いましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 行った	<input type="checkbox"/>	(2) 行わなかった	<input type="checkbox"/>	(3) わからない
「(1) 行った」の場合、件数を整数で記入してください					件

1-13. 貴施設の救急医療体制として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 一次救急指定病院	<input type="checkbox"/>	(2) 二次救急指定病院	<input type="checkbox"/>	(3) 三次救急指定病院
<input type="checkbox"/>	(4) 救命救急センター	<input type="checkbox"/>	(5) 高度救命救急センター	<input type="checkbox"/>	(6) 救急指定病院ではない

1-14. オーダリングシステムを導入していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 導入している	<input type="checkbox"/>	(2) 導入していない
「(2) 導入していない」と回答した場合には、1-17 へ進んでください。			

1-15. 輸血業務でオーダリングシステムを利用しているものとして当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 輸血関連検査	<input type="checkbox"/>	(2) 日赤血液製剤輸血
<input type="checkbox"/>	(3) 貯血式自己血製剤貯血	<input type="checkbox"/>	(4) 貯血式自己血製剤輸血
<input type="checkbox"/>	(5) 希釈式自己血製剤輸血	<input type="checkbox"/>	(6) 回収式自己血製剤輸血
<input type="checkbox"/>	(7) 院内成分採血製剤 (末梢血幹細胞)	<input type="checkbox"/>	(8) 院内成分採血製剤 (CAR-T 用のリンパ球)
<input type="checkbox"/>	(9) 院内調製血 (分割製剤等)	<input type="checkbox"/>	(10) 輸血副作用
<input type="checkbox"/>	(11) 細胞治療 (テムセル)	<input type="checkbox"/>	(12) 細胞治療 (その他の再生医療等製品)
<input type="checkbox"/>	(13) ベッドサイドで患者と製剤の認証	<input type="checkbox"/>	(14) その他

1-16. 血漿分画製剤業務でオーダリングシステムを利用しているものとして当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 血漿分画製剤 (アルブミン製剤)	<input type="checkbox"/>	(2) 血漿分画製剤 (アルブミン製剤以外)
<input type="checkbox"/>	(3) 血漿分画製剤投与後の副作用	<input type="checkbox"/>	(4) ベッドサイドで患者と製剤の認証
<input type="checkbox"/>	(5) 細胞治療 (再生医療等製品)	<input type="checkbox"/>	(6) その他

1-17. 輸血業務に部門システム(検査システム・輸血管理システム)を導入していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 導入している	<input type="checkbox"/>	(2) 導入していない
「(2) 導入していない」と回答した場合には、1-19 へ進んでください。			

1-18. 輸血業務に部門システムを利用しているものとして当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 輸血関連検査	<input type="checkbox"/>	(2) 日赤血液製剤入庫
<input type="checkbox"/>	(3) 日赤血液製剤輸血	<input type="checkbox"/>	(4) 貯血式自己血製剤貯血
<input type="checkbox"/>	(5) 貯血式自己血製剤輸血	<input type="checkbox"/>	(6) 希釈式自己血製剤輸血
<input type="checkbox"/>	(7) 回収式自己血製剤輸血	<input type="checkbox"/>	(8) 院内成分採血製剤 (末梢血幹細胞)
<input type="checkbox"/>	(9) 院内成分採血製剤 (CAR-T 用のリンパ球)	<input type="checkbox"/>	(10) 院内調製血 (分割製剤等)
<input type="checkbox"/>	(11) 輸血副作用	<input type="checkbox"/>	(12) 細胞治療 (テムセル)
<input type="checkbox"/>	(13) 細胞治療 (その他の再生医療等製品)	<input type="checkbox"/>	(14) ベッドサイドで患者と製剤の認証
<input type="checkbox"/>	(15) 輸血手帳	<input type="checkbox"/>	(16) その他

1-19. 血漿分画製剤管理業務に部門システム(検査システム・輸血管理システム・血漿分画製剤管理システム)を導入していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 導入している	<input type="checkbox"/>	(2) 導入していない
「(2) 導入していない」と回答した場合には、1-21 へ進んでください。			

1-20. 血漿分画製剤管理業務に部門システムを利用しているものとして当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 血漿分画製剤 (アルブミン製剤)	<input type="checkbox"/>	(2) 血漿分画製剤 (アルブミン製剤以外)
<input type="checkbox"/>	(3) 血漿分画製剤投与後の副作用	<input type="checkbox"/>	(4) 細胞治療 (再生医療等製品)
<input type="checkbox"/>	(5) ベッドサイドで患者と製剤の認証	<input type="checkbox"/>	(6) その他

1-2) 血液製剤の納入状況について

1-21. 2020年4月～2021年3月の期間で輸血用血液製剤（赤血球製剤、血小板製剤、新鮮凍結血漿）を
購入しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 購入した	<input type="checkbox"/>	(2) 購入していない
「(2) 購入していない」と回答した場合には、1-28へ進んでください。			

【参考資料 2: 該当する輸血用血液製剤一覧】

赤血球製剤	人赤血球液(赤血球液-LR「日赤」、照射赤血球液-LR「日赤」) 洗浄人赤血球液(洗浄赤血球液-LR「日赤」、照射洗浄赤血球液-LR「日赤」) 解凍人赤血球液(解凍赤血球液-LR「日赤」、照射解凍赤血球液-LR「日赤」) 合成血液-LR「日赤」、照射合成血液-LR「日赤」
血小板製剤	人血小板濃厚液(濃厚血小板-LR「日赤」、照射濃厚血小板-LR「日赤」) 人血小板濃厚液(濃厚血小板 HLA-LR「日赤」、照射濃厚血小板 HLA-LR「日赤」) 人血小板濃厚液(照射洗浄血小板-LR「日赤」、照射洗浄血小板 HLA-LR「日赤」)
血漿製剤	新鮮凍結人血漿(新鮮凍結血漿-LR「日赤」120) 新鮮凍結人血漿(新鮮凍結血漿-LR「日赤」240) 新鮮凍結人血漿(新鮮凍結血漿-LR「日赤」480)

1-22. 2020年4月～2021年3月の期間で赤血球製剤を購入しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 購入した	<input type="checkbox"/>	(2) 購入していない
「(2) 購入していない」と回答した場合には、1-24へ進んでください。			

1-23. 2020年4月～2021年3月の期間で購入した赤血球製剤の総袋(本)数を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

製剤種	購入袋(本)数
(1) 人赤血球液(赤血球液-LR-1、照射赤血球液-LR-1製剤)	袋(本)
(2) 人赤血球液(赤血球液-LR-2、照射赤血球液-LR-2製剤)	袋(本)
(3) 洗浄人赤血球(洗浄赤血球液-LR-1、照射洗浄赤血球液-LR-1製剤)	袋(本)
(4) 洗浄人赤血球(洗浄赤血球液-LR-2、照射洗浄赤血球液-LR-2製剤)	袋(本)
(5) 解凍人赤血球(解凍赤血球液-LR-1、照射解凍赤血球液-LR-1製剤)	袋(本)
(6) 解凍人赤血球(解凍赤血球液-LR-2、照射解凍赤血球液-LR-2製剤)	袋(本)
(7) 合成血液-LR-1、照射合成血液-LR-1製剤	袋(本)
(8) 合成血液-LR-2、照射合成血液-LR-2製剤	袋(本)

*購入しなかった製剤は、必ず0を記入してください。 *合計袋(本)数、総単位数は、システムで自動計算します。

1-24. 2020年4月～2021年3月の期間で血小板製剤を購入しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 購入した	<input type="checkbox"/>	(2) 購入していない
「(2) 購入していない」と回答した場合には、1-26へ進んでください。			

1-25. 2020年4月～2021年3月の期間で購入した血小板製剤の総袋(本)数を記入してください。

(枠の中に整数で記入してください)

製剤種	購入袋(本)数
(1) 人血小板濃厚液(濃厚血小板-LR-1、照射濃厚血小板-LR-1製剤)	袋(本)
(2) 人血小板濃厚液(濃厚血小板-LR-2、照射濃厚血小板-LR-2製剤)	袋(本)
(3) 人血小板濃厚液(濃厚血小板-LR-5、照射濃厚血小板-LR-5製剤)	袋(本)
(4) 人血小板濃厚液(濃厚血小板-LR-10、照射濃厚血小板-LR-10製剤)	袋(本)
(5) 人血小板濃厚液(濃厚血小板-LR-15、照射濃厚血小板-LR-15製剤)	袋(本)
(6) 人血小板濃厚液(濃厚血小板-LR-20、照射濃厚血小板-LR-20製剤)	袋(本)
(7) 人血小板濃厚液(濃厚血小板 HLA-LR-10、照射濃厚血小板 HLA-LR-10製剤)	袋(本)
(8) 人血小板濃厚液(濃厚血小板 HLA-LR-15、照射濃厚血小板 HLA-LR-15製剤)	袋(本)
(9) 人血小板濃厚液(濃厚血小板 HLA-LR-20、照射濃厚血小板 HLA-LR-20製剤)	袋(本)
(10) 人血小板濃厚液(照射洗浄血小板-LR-10製剤)	袋(本)
(11) 人血小板濃厚液(照射洗浄血小板-HLA-LR-10製剤)	袋(本)

*購入しなかった製剤は、必ず0を記入してください。 *合計袋(本)数、総単位数は、システムで自動計算します。

1-26. 2020年4月～2021年3月の期間で血漿製剤を購入しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/> (1) 購入した	<input type="checkbox"/> (2) 購入していない
「(2) 購入していない」と回答した場合には、1-28へ進んでください。	

1-27. 2020年4月～2021年3月の期間で購入した血漿製剤の総袋(本)数を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

製剤種	購入袋(本)数
(1) 新鮮凍結人血漿(新鮮凍結血漿-LR-120製剤)	袋(本)
(2) 新鮮凍結人血漿(新鮮凍結血漿-LR-240製剤)	袋(本)
(3) 新鮮凍結人血漿(新鮮凍結血漿-LR-480製剤)	袋(本)

*購入しなかった製剤は、必ず0を記入してください。 *合計袋(本)数、総単位数は、システムで自動計算します。

1-3) 血液製剤の廃棄状況について

1-28. 2020年4月～2021年3月の期間で輸血用血液製剤(赤血球製剤、血小板製剤、新鮮凍結血漿)を使用せずに廃棄しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/> (1) 廃棄した	<input type="checkbox"/> (2) 廃棄していない
「(2) 廃棄していない」と回答した場合には、1-38へ進んでください。	

1-29. 2020年4月～2021年3月の期間で赤血球製剤を使用せずに廃棄しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/> (1) 廃棄した	<input type="checkbox"/> (2) 廃棄していない
「(2) 廃棄していない」と回答した場合には、1-32へ進んでください。	

1-30. 2020年4月～2021年3月の期間で使用せずに廃棄した赤血球製剤の総袋(本)数を記入してください
(枠の中に整数で記入してください)

製剤種	廃棄袋(本)数
(1) 人赤血球液(赤血球液-LR-1、照射赤血球液-LR-1製剤)	袋(本)
(2) 人赤血球液(赤血球液-LR-2、照射赤血球液-LR-2製剤)	袋(本)
(3) 洗浄人赤血球(洗浄赤血球液-LR-1、照射洗浄赤血球液-LR-1製剤)	袋(本)
(4) 洗浄人赤血球(洗浄赤血球液-LR-2、照射洗浄赤血球液-LR-2製剤)	袋(本)
(5) 解凍人赤血球(解凍赤血球液-LR-1、照射解凍赤血球液-LR-1製剤)	袋(本)
(6) 解凍人赤血球(解凍赤血球液-LR-2、照射解凍赤血球液-LR-2製剤)	袋(本)
(7) 合成血液-LR-1、照射合成血液-LR-1製剤	袋(本)
(8) 合成血液-LR-2、照射合成血液-LR-2製剤	袋(本)

* 廃棄しなかった製剤は、必ず0を記入してください。 * 合計袋(本)数、総単位数は、システムで自動計算します。

1-31. 2020年4月～2021年3月の期間で赤血球製剤を使用せずに廃棄した要因の件数を記入してください
(枠の中に整数で記入してください)

要因	総件数	要因	総件数
(1) 有効期限切れ	件	(2) 破損	件
(3) 保管管理不良	件	(4) 転用ができない	件
(5) その他	件		

* 該当しない要因には、必ず0を記入してください。

1-32. 2020年4月～2021年3月の期間で血小板製剤を使用せずに廃棄しましたか
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 廃棄した	(2) 廃棄していない
「(2) 廃棄していない」と回答した場合には、1-35へ進んでください。	

1-33. 2020年4月～2021年3月の期間で使用せずに廃棄した血小板製剤の総袋(本)数を記入してください
(枠の中に整数で記入してください)

製剤種	廃棄袋(本)数
(1) 人血小板濃厚液(濃厚血小板-LR-1、照射濃厚血小板-LR-1製剤)	袋(本)
(2) 人血小板濃厚液(濃厚血小板-LR-2、照射濃厚血小板-LR-2製剤)	袋(本)
(3) 人血小板濃厚液(濃厚血小板-LR-5、照射濃厚血小板-LR-5製剤)	袋(本)
(4) 人血小板濃厚液(濃厚血小板-LR-10、照射濃厚血小板-LR-10製剤)	袋(本)
(5) 人血小板濃厚液(濃厚血小板-LR-15、照射濃厚血小板-LR-15製剤)	袋(本)
(6) 人血小板濃厚液(濃厚血小板-LR-20、照射濃厚血小板-LR-20製剤)	袋(本)
(7) 人血小板濃厚液(濃厚血小板 HLA-LR-10、照射濃厚血小板 HLA-LR-10製剤)	袋(本)
(8) 人血小板濃厚液(濃厚血小板 HLA-LR-15、照射濃厚血小板 HLA-LR-15製剤)	袋(本)
(9) 人血小板濃厚液(濃厚血小板 HLA-LR-20、照射濃厚血小板 HLA-LR-20製剤)	袋(本)
(10) 人血小板濃厚液(照射洗浄血小板-LR-10製剤)	袋(本)
(11) 人血小板濃厚液(照射洗浄血小板-HLA-LR-10製剤)	袋(本)

* 廃棄しなかった製剤は、必ず0を記入してください。 * 合計袋(本)数、総単位数は、システムで自動計算します。

1-34. 2020年4月～2021年3月の期間で血小板製剤を使用せずに廃棄した要因の件数を記入してください
(枠の中に整数で記入してください)

要因	総件数	要因	総件数
(1) 有効期限切れ	件	(2) 破損	件
(3) 保管管理不良	件	(4) 転用ができない	件
(5) その他	件		

* 該当しない要因には、必ず0を記入してください。

1-35. 2020年4月～2021年3月の期間で血漿製剤を使用せずに廃棄しましたか
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 廃棄した	(2) 廃棄していない
「(2) 廃棄していない」と回答した場合には、1-38へ進んでください。	

1-36. 2020年4月～2021年3月の期間で使用せずに廃棄した血漿製剤の総袋(本)数を記入してください
(枠の中に整数で記入してください)

製剤種	廃棄袋(本)数
(1) 新鮮凍結人血漿(新鮮凍結血漿-LR-120製剤)	袋(本)
(2) 新鮮凍結人血漿(新鮮凍結血漿-LR-240製剤)	袋(本)
(3) 新鮮凍結人血漿(新鮮凍結血漿-LR-480製剤)	袋(本)

*廃棄しなかった製剤は、必ず0を記入してください。 *合計袋(本)数、総単位数は、システムで自動計算します。

1-37. 2020年4月～2021年3月の期間で血漿製剤を使用せずに廃棄した要因の件数を記入してください
(枠の中に整数で記入してください)

要因	総件数	要因	総件数
(1) 有効期限切れ	件	(2) 破損	件
(3) 保管管理不良	件	(4) 転用ができない	件
(5) その他	件		

*該当しない要因には、必ず0を記入してください。

1-4) 血漿分画製剤(アルブミン製剤、免疫グロブリン製剤)の購入状況について

1-38. 2020年4月～2021年3月の期間で下記の該当する血漿分画製剤を購入しましたか
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 購入した	(2) 購入していない
「(2) 購入していない」と回答した場合には、1-45へ進んでください。	

【参考資料3:該当する血漿分画製剤】

アルブミン製剤	等張アルブミン製剤(5%) 高張アルブミン製剤(20%)、高張アルブミン製剤(25%)
免疫グロブリン製剤(静注)	免疫グロブリン製剤:静注(5%) 免疫グロブリン製剤:静注(10%)
免疫グロブリン製剤(皮下注)	免疫グロブリン製剤:皮下注(20%)

*免疫グロブリン製剤に、抗Dグロブリン、抗HBs人免疫グロブリン、破傷風グロブリン等の特殊免疫グロブリンや筋注用免疫グロブリン製品(グロブリン筋注等)およびヒスタミン加免疫グロブリン製剤(ヒスタグロビン)、さらにヒト胸腺細胞ウサギ免疫グロブリン製剤(サイモグロブリン等)などの動物製剤は含みません

1-39. 2020年4月～2021年3月の期間でアルブミン製剤(等張アルブミン製剤:5%、高張アルブミン製剤:20%、高張アルブミン製剤:25%)を購入しましたか
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 購入した	(2) 購入していない
「(2) 購入していない」と回答した場合には、1-41へ進んでください。	

*アルブミン製剤に、加熱人血漿蛋白(等張アルブミン製剤:4.4%)は含みません

1-40. 2020年4月～2021年3月の期間で購入したアルブミン製剤の本数を、規格別に記入してください
(枠の中に整数で記入してください)

製剤規格	購入本数
(1) 等張アルブミン製剤5% (5.0g/100mL)	本
(2) 等張アルブミン製剤5% (12.5g/250 mL)	本
(3) 高張アルブミン製剤20% (4.0g/20 mL)	本
(4) 高張アルブミン製剤20% (10.0g/50 mL)	本
(5) 高張アルブミン製剤25% (5.0g/20 mL)	本
(6) 高張アルブミン製剤25% (12.5g/50 mL)	本

*購入しなかった製剤は、必ず0を記入してください。 *合計本数、総量(g数)は、システムで自動計算します。

1-41. 2020年4月～2021年3月の期間で免疫グロブリン製剤(静注)を購入しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 購入した	(2) 購入していない
「(2) 購入していない」と回答した場合には、1-43へ進んでください。	

1-42. 2020年4月～2021年3月の期間で購入した免疫グロブリン製剤(静注)の本数を、規格別に記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

製剤規格	購入本数
(1) 免疫グロブリン製剤:静注5% (0.5g/10mL)	本
(2) 免疫グロブリン製剤:静注5% (1.0g/20mL)	本
(3) 免疫グロブリン製剤:静注5% (2.5g/50mL)	本
(4) 免疫グロブリン製剤:静注5% (5.0g/100mL)	本
(5) 免疫グロブリン製剤:静注5% (10.0g/200mL)	本
(6) 免疫グロブリン製剤:静注10% (0.5g/5mL)	本
(7) 免疫グロブリン製剤:静注10% (2.5g/25mL)	本
(8) 免疫グロブリン製剤:静注10% (5.0g/50mL)	本
(9) 免疫グロブリン製剤:静注10% (10.0g/100mL)	本
(10) 免疫グロブリン製剤:静注10% (20.0g/200mL)	本

*購入しなかった製剤は、必ず0を記入してください。 *合計本数、総量(g数)は、システムで自動計算します。

1-43. 2020年4月～2021年3月の期間で免疫グロブリン製剤(皮下注)を購入しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 購入した	(2) 購入していない
「(2) 購入していない」と回答した場合には、1-45へ進んでください。	

1-44. 2020年4月～2021年3月の期間で購入した免疫グロブリン製剤(皮下注)の本数を、規格別に記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

製剤規格	購入本数
(1) 免疫グロブリン製剤:皮下注20% (1.0g/5mL)	本
(2) 免疫グロブリン製剤:皮下注20% (2.0g/10mL)	本
(3) 免疫グロブリン製剤:皮下注20% (4.0g/20mL)	本

*購入しなかった製剤は、必ず0を記入してください。 *合計本数、総量(g数)は、システムで自動計算します。

1-5) 血漿分画製剤(アルブミン製剤、免疫グロブリン製剤)の廃棄状況について

1-45. 2020年4月～2021年3月の期間で、血漿分画製剤(参考資料3:該当する血漿分画製剤参照)を使用せずに廃棄しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 廃棄した	(2) 廃棄していない
「(2) 廃棄していない」と回答した場合には、1-55へ進んでください。	

1-46. 2020年4月～2021年3月の期間でアルブミン製剤(等張アルブミン製剤:5%、高張アルブミン製剤:20%、高張アルブミン製剤:25%)を使用せずに廃棄しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 廃棄した	(2) 廃棄していない
「(2) 廃棄していない」と回答した場合には、1-49へ進んでください。	

*アルブミン製剤に、加熱人血漿蛋白(等張アルブミン製剤:4.4%)は含みません

1-47. 2020年4月～2021年3月の期間で使用せずに廃棄したアルブミン製剤の本数を、規格別に記入してください
(枠の中に整数で記入してください)

製剤規格	廃棄本数
(1) 等張アルブミン製剤 5% (5.0g/100mL)	本
(2) 等張アルブミン製剤 5% (12.5g/250 mL)	本
(3) 高張アルブミン製剤 20% (4.0g/20 mL)	本
(4) 高張アルブミン製剤 20% (10.0g/50 mL)	本
(5) 高張アルブミン製剤 25% (5.0g/20 mL)	本
(6) 高張アルブミン製剤 25% (12.5g/50 mL)	本

* 廃棄しなかった製剤は、必ず 0 を記入してください。 * 合計本数、総量(g 数)は、システムで自動計算します。

1-48. 2020年4月～2021年3月の期間でアルブミン製剤(等張アルブミン製剤:5%、高張アルブミン製剤:20%、高張アルブミン製剤:25%)を使用せずに廃棄した要因の件数を記入してください
(枠の中に整数で記入してください)

要因	総件数	要因	総件数
(1) 有効期限切れ	件	(2) 破損	件
(3) 保管管理不良	件	(4) その他	件

* 該当しない要因には、必ず 0 を記入してください。

1-49. 2020年4月～2021年3月の期間で免疫グロブリン製剤(静注)を使用せずに廃棄しましたか
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 廃棄した	(2) 廃棄していない
「(2) 廃棄していない」と回答した場合には、1-52 へ進んでください。	

1-50. 2020年4月～2021年3月の期間で使用せずに廃棄した免疫グロブリン製剤(静注)の本数を、規格別に記入してください
(枠の中に整数で記入してください)

製剤規格	購入本数
(1) 免疫グロブリン製剤:静注 5% (0.5g/10mL)	本
(2) 免疫グロブリン製剤:静注 5% (1.0g/20mL)	本
(3) 免疫グロブリン製剤:静注 5% (2.5g/50mL)	本
(4) 免疫グロブリン製剤:静注 5% (5.0g/100mL)	本
(5) 免疫グロブリン製剤:静注 5% (10.0g/200mL)	本
(6) 免疫グロブリン製剤:静注 10% (0.5g/5mL)	本
(7) 免疫グロブリン製剤:静注 10% (2.5g/25mL)	本
(8) 免疫グロブリン製剤:静注 10% (5.0g/50mL)	本
(9) 免疫グロブリン製剤:静注 10% (10.0g/100mL)	本
(10) 免疫グロブリン製剤:静注 10% (20.0g/200mL)	本

* 廃棄しなかった製剤は、必ず 0 を記入してください。 * 合計本数、総量(g 数)は、システムで自動計算します。

1-51. 2020年4月～2021年3月の期間で免疫グロブリン製剤(静注)を使用せずに廃棄した要因の件数を記入してください
(枠の中に整数で記入してください)

要因	総件数	要因	総件数
(1) 有効期限切れ	件	(2) 破損	件
(3) 保管管理不良	件	(4) その他	件

* 該当しない要因には、必ず 0 を記入してください。

1-52. 2020年4月～2021年3月の期間で免疫グロブリン製剤(皮下注)を使用せずに廃棄しましたか
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 廃棄した	(2) 廃棄していない
「(2) 廃棄していない」と回答した場合には、1-55 へ進んでください。	

1-53. 2020年4月～2021年3月の期間で使用せずに廃棄した免疫グロブリン製剤(皮下注)の本数を、規格別に記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

製剤規格	購入本数
(1) 免疫グロブリン製剤:皮下注 20% (1.0g/5mL)	本
(2) 免疫グロブリン製剤:皮下注 20% (2.0g/10mL)	本
(3) 免疫グロブリン製剤:皮下注 20% (4.0g/20mL)	本

* 廃棄しなかった製剤は、必ず0を記入してください。 * 合計本数、総量(g数)は、システムで自動計算します。

1-54. 2020年4月～2021年3月の期間で免疫グロブリン製剤(皮下注)を使用せずに廃棄した要因の件数を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

要因	総件数	要因	総件数
(1) 有効期限切れ	件	(2) 破損	件
(3) 保管管理不良	件	(4) その他	件

* 該当しない要因には、必ず0を記入してください。

【2】輸血療法の体制について

2-1) 血液製剤の管理について

1-55. 輸血検査を行っている部門として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 輸血部門	(2) 検査部門
(3) 院外の検査機関に委託	(4) その他

1-56. 輸血用血液製剤を管理している部門として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 輸血部門	(2) 検査部門
(3) 院外の検査機関に委託	(4) その他

1-57. 輸血用血液製剤を保管する保冷库として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 血液専用保冷库(自記式記録計付き、警報装置付き)
(2) 血液専用保冷库(自記式記録計付き)
(3) 血液専用保冷库(自記式記録計なし、警報装置なし)
(4) 薬品保冷库(自記式記録計付き、警報装置付き)
(5) 薬品保冷库(自記式記録計付き)
(6) 薬品保冷库(自記式記録計なし、警報装置なし)
(7) 家庭用冷蔵・冷凍庫
(8) その他
「(8) その他」の場合、50字以内で内容を記入してください

1-58. 一般病棟で輸血用血液製剤の一時保管はありますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) ある	(2) ない
(3) その他	
「(3) その他」の場合、50字以内で内容を記入してください	

1-59. 新鮮凍結人血漿についてお伺いします。新鮮凍結人血漿を扱っていますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 扱っている	<input type="checkbox"/>	(2) 扱っていない
「(2) いいえ」と回答した場合には、1-62 へ進んでください。			

1-60. 新鮮凍結人血漿融解を担当する部門として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 輸血部(輸血管理部門)	<input type="checkbox"/>	(2) 病棟
<input type="checkbox"/>	(3) その他		
「(3) その他」の場合、50 字以内で内容を記入してください			

1-61. 新鮮凍結人血漿融解した後の使用までの管理として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 融解後、直ちに投与	<input type="checkbox"/>	(2) 融解後、専用保冷庫(2～6℃)で保管
<input type="checkbox"/>	(3) 融解後、汎用(非専用)保冷庫(2～6℃)で保管	<input type="checkbox"/>	(4) 融解後、室温で保管
<input type="checkbox"/>	(5) その他		
「(5) その他」の場合、50 字以内で内容を記入してください			

1-62. 院内で輸血用血液製剤を運搬する容器として当てはまるものを選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 発泡スチロールの容器
<input type="checkbox"/>	(2) クーラーボックス
<input type="checkbox"/>	(3) ビニール製の搬送バック
<input type="checkbox"/>	(4) 血液搬送装置(ポータブル保冷装置;ATR)
<input type="checkbox"/>	(5) その他
「(5) その他」の場合、50 字以内で内容を記入してください	

1-63. 院内および院外搬送用として血液搬送装置(ポータブル保冷装置;ATRなど)を導入していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 導入している	<input type="checkbox"/>	(2) 導入を検討している
<input type="checkbox"/>	(3) 導入の予定なし	<input type="checkbox"/>	(4) その他
「(4) その他」の場合、50 字以内で内容を記入してください			

1-64. 輸血責任医師(輸血業務担当や責任者として病院等から任命されている医師)はいますか

* “専任”とは全体業務の半分以上を輸血業務に当てている事を示します

* 以降の質問の“専任”も同様にお考えください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) いる(専任)	<input type="checkbox"/>	(2) いる(兼任)	<input type="checkbox"/>	(3) いない
--------------------------	------------	--------------------------	------------	--------------------------	---------

1-65. 貴施設に臨床検査技師はいますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) いる	<input type="checkbox"/>	(2) いない
「(2) いない」と回答した場合には、1-68 へ進んでください。			

1-66. 臨床検査技師の配置状況として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 平日のみ日勤帯配置(夜間オンコール無し)	<input type="checkbox"/>	(2) 平日のみ日勤帯配置(夜間オンコール有り)
<input type="checkbox"/>	(3) 全日勤帯のみ配置(夜間オンコール無し)	<input type="checkbox"/>	(4) 全日勤帯のみ配置(夜間オンコール有り)
<input type="checkbox"/>	(5) 24時間体制で配置	<input type="checkbox"/>	(6) 必要時のみ配置
<input type="checkbox"/>	(7) その他		

1-67. 輸血検査業務全体を担当し責任を持つ臨床検査技師「輸血担当技師」はいますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) いる(専任)	<input type="checkbox"/>	(2) いる(兼任)	<input type="checkbox"/>	(3) いない
--------------------------	------------	--------------------------	------------	--------------------------	---------

1-68. 輸血療法委員会又は同様の機能を持つ委員会はありますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ない
--------------------------	--------	--------------------------	--------

「(2) ない」と回答した場合には、1-71 へ進んでください。

1-69. 2020年4月～2021年3月の期間で輸血療法委員会の開催回数として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 0回	<input type="checkbox"/>	(2) 1～5回	<input type="checkbox"/>	(3) 6回	<input type="checkbox"/>	(4) 7回以上
--------------------------	--------	--------------------------	----------	--------------------------	--------	--------------------------	----------

1-70. 輸血療法委員会の委員の出席率として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) ほぼ100%	<input type="checkbox"/>	(2) 81～99%	<input type="checkbox"/>	(3) 61～80%
<input type="checkbox"/>	(4) 41～60%	<input type="checkbox"/>	(5) 21～40%	<input type="checkbox"/>	(6) 0～20%

2-2) 輸血関連の検査体制について

1-71. 日中勤務時間帯(各施設の定める所定労働時間における夜間・休日を除く日中の勤務時間帯を指す)の ABO 血液型検査・RhD 血液型検査の実施者として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 輸血部門の臨床検査技師	<input type="checkbox"/>	(2) 検査部門の臨床検査技師
<input type="checkbox"/>	(3) 院内の検査センター技師	<input type="checkbox"/>	(4) 看護師
<input type="checkbox"/>	(5) 担当医	<input type="checkbox"/>	(6) 院外の検査機関に委託
<input type="checkbox"/>	(7) 検査を実施していない	<input type="checkbox"/>	(8) その他

1-72. 夜間・休日勤務時間帯の ABO 血液型検査・RhD 血液型検査の実施者として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 輸血部門の臨床検査技師	<input type="checkbox"/>	(2) 検査部門の臨床検査技師
<input type="checkbox"/>	(3) 院内の検査センター技師	<input type="checkbox"/>	(4) 看護師
<input type="checkbox"/>	(5) 担当医	<input type="checkbox"/>	(6) 院外の検査機関に委託
<input type="checkbox"/>	(7) 検査を実施していない	<input type="checkbox"/>	(8) その他

1-73. 日中勤務時間帯の不規則抗体スクリーニング検査の実施者として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 輸血部門の臨床検査技師	<input type="checkbox"/>	(2) 検査部門の臨床検査技師
<input type="checkbox"/>	(3) 院内の検査センター技師	<input type="checkbox"/>	(4) 看護師
<input type="checkbox"/>	(5) 担当医	<input type="checkbox"/>	(6) 院外の検査機関に委託
<input type="checkbox"/>	(7) 検査を実施していない	<input type="checkbox"/>	(8) その他

1-74. 夜間・休日勤務時間帯の不規則抗体スクリーニング検査の実施者として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 輸血部門の臨床検査技師	<input type="checkbox"/>	(2) 検査部門の臨床検査技師
<input type="checkbox"/>	(3) 院内の検査センター技師	<input type="checkbox"/>	(4) 看護師
<input type="checkbox"/>	(5) 担当医	<input type="checkbox"/>	(6) 院外の検査機関に委託
<input type="checkbox"/>	(7) 検査を実施していない	<input type="checkbox"/>	(8) その他

1-75. 日中勤務時間帯の交差適合試験の実施者として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 輸血部門の臨床検査技師	<input type="checkbox"/>	(2) 検査部門の臨床検査技師
<input type="checkbox"/>	(3) 院内の検査センター技師	<input type="checkbox"/>	(4) 看護師
<input type="checkbox"/>	(5) 担当医	<input type="checkbox"/>	(6) 院外の検査機関に委託
<input type="checkbox"/>	(7) 検査を実施していない	<input type="checkbox"/>	(8) その他

1-76. 夜間・休日勤務時間帯の交差適合試験の実施者として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 輸血部門の臨床検査技師	<input type="checkbox"/>	(2) 検査部門の臨床検査技師
<input type="checkbox"/>	(3) 院内の検査センター技師	<input type="checkbox"/>	(4) 看護師
<input type="checkbox"/>	(5) 担当医	<input type="checkbox"/>	(6) 院外の検査機関に委託
<input type="checkbox"/>	(7) 検査を実施していない	<input type="checkbox"/>	(8) その他

1-77. 血液型検査に用いている主な方法として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 試験管法	<input type="checkbox"/>	(2) カラム凝集法	<input type="checkbox"/>	(3) マイクロプレート法	<input type="checkbox"/>	(4) その他(不明)
--------------------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------	---------------	--------------------------	-------------

1-78. 現在行っている血液型検査の内容として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 抗 A、抗 B 試薬によるオモテ検査	<input type="checkbox"/>	(2) A 血球、B 血球によるウラ検査
<input type="checkbox"/>	(3) 抗 D 試薬を用いた D 抗原検査		

1-79. 貴施設での血液型検査の二重チェックについて当てはまるものを 1 つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 原則、同一患者の異なる時点での 2 検体で実施し、同一検体については 2 人の検査者がそれぞれに検査している(日勤帯・夜勤帯両方)
<input type="checkbox"/>	(2) 原則、同一患者の異なる時点での 2 検体で実施し、同一検体については 2 人の検査者がそれぞれに検査している(日勤帯のみ)
<input type="checkbox"/>	(3) 原則、同一患者の異なる時点での 2 検体で実施し、同一検体については実施していない(日勤帯・夜勤帯両方)
<input type="checkbox"/>	(4) 原則、同一患者の異なる時点での 2 検体で実施し、同一検体については実施していない(日勤帯のみ)
<input type="checkbox"/>	(5) 原則、同一患者の異なる時点での 2 検体では実施せず、同一検体については 2 人の検査者がそれぞれに検査している(日勤帯・夜勤帯両方)
<input type="checkbox"/>	(6) 原則、同一患者の異なる時点での 2 検体では実施せず、同一検体については 2 人の検査者がそれぞれに検査している(日勤帯のみ)
<input type="checkbox"/>	(7) どちらも実施していない

1-80. 不規則抗体スクリーニング検査に用いている主な方法として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 試験管法	<input type="checkbox"/>	(2) カラム凝集法	<input type="checkbox"/>	(3) 固相法	<input type="checkbox"/>	(4) その他(不明)
--------------------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------	---------	--------------------------	-------------

1-81. 現在行っている不規則抗体スクリーニング検査の内容として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 生理食塩液法	<input type="checkbox"/>	(2) 酵素法
<input type="checkbox"/>	(3) 間接抗グロブリン法	<input type="checkbox"/>	(4) その他(不明)

1-82. 交差適合試験に用いている主な方法として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 試験管法	<input type="checkbox"/>	(2) カラム凝集法	<input type="checkbox"/>	(3) 固相法	<input type="checkbox"/>	(4) その他(不明)
--------------------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------	---------	--------------------------	-------------

1-83. 現在行っている交差適合試験の内容として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 生理食塩液法	<input type="checkbox"/>	(2) 酵素法
<input type="checkbox"/>	(3) 間接抗グロブリン法	<input type="checkbox"/>	(4) その他(不明)

1-84. 2020年4月～2021年3月の期間で臨床検査技師以外の職員が交差適合試験を行って、赤血球輸血を施行した症例はありましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) あった	<input type="checkbox"/>	(2) なかった	<input type="checkbox"/>	(3) 不明
--------------------------	---------	--------------------------	----------	--------------------------	--------

1-85. 緊急輸血時など血液型が確定できない時には、交差適合試験を省略してO型赤血球液を使用していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 使用している	<input type="checkbox"/>	(2) 使用していない
<input type="checkbox"/>	(3) 使用していないが、マニュアルに使用を明記している	<input type="checkbox"/>	(4) 不明
「(1) 使用している」場合、症例数を記入してください			症例

1-86. 緊急輸血時など血液型が確定できない時には、AB型新鮮凍結人血漿を使用していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 使用している	<input type="checkbox"/>	(2) 使用していない
<input type="checkbox"/>	(3) 使用していないが、マニュアルに使用を明記している	<input type="checkbox"/>	(4) 不明
「(1) 使用している」場合、症例数を記入してください			症例

1-87. 血液型が確定している患者に緊急輸血を実施する時、ABO血液型同型赤血球液を、交差適合試験を省略して使用していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 使用している	<input type="checkbox"/>	(2) 使用していない
<input type="checkbox"/>	(3) 使用していないが、マニュアルに使用を明記している	<input type="checkbox"/>	(4) 不明
「(1) 使用している」場合、症例数を記入してください			症例

1-88. ABO血液型、RhD血液型、不規則抗体スクリーニングを事前に行い、臨床的に問題となる抗体が検出されない場合、赤血球輸血時にコンピュータクロスマッチを実施していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) すべての症例で実施している	<input type="checkbox"/>	(2) T&S(type and screen)症例のみ実施している
<input type="checkbox"/>	(3) 手術時の追加依頼の場合に実施している	<input type="checkbox"/>	(4) 実施していない
<input type="checkbox"/>	(5) その他		

2-3) 輸血前の検体保管状況と感染症検査の実施状況について

1-89. 輸血前検体の保存について当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 原則的に全ての患者さんの検体を凍結保存している	<input type="checkbox"/>	(2) 原則的に全ての患者さんの検体を冷蔵保存している
<input type="checkbox"/>	(3) 特別な場合以外、ほとんど保存していない	<input type="checkbox"/>	(4) 保存していない
「(3)」、「(4)」と回答した場合には、1-92へ進んでください。			

1-90. 検体保存期間として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 1.0ヶ月～6.0ヶ月	(2) 6.1ヶ月～12.0ヶ月
(3) 12.1ヶ月～24.0ヶ月	(4) 24.1ヶ月以上(永久保存を除く)
(5) 永久保存	

1-91. 輸血前検体保存の方法について当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 血液型検査や交差適合試験の残りをそのまま保存している
(2) 血液型検査や交差適合試験の残りを核酸検査に適合する試験管などに入れ保存している
(3) 専用の採血管に採血し未開封のまま保存している
(4) その他

1-92. 輸血前に感染症マーカーの検査(輸血前感染症検査)について当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 輸血前検査として、原則として全ての症例で行っている
(2) 輸血前検査として、症例によって行っている
(3) 入院時検査や術前検査と合わせて行っている
(4) 行っていない

「(4)行っていない」と回答した場合には、1-94へ進んでください。

1-93. 輸血前に実施している感染症検査の項目として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/> (1) HBs 抗原(*)	<input type="checkbox"/> (2) HBs 抗体(*)	<input type="checkbox"/> (3) HBc 抗体(*)
<input type="checkbox"/> (4) HBe 抗原	<input type="checkbox"/> (5) HBe 抗体	<input type="checkbox"/> (6) HBV-DNA 核酸増幅検査
<input type="checkbox"/> (7) HCV 抗体(*)	<input type="checkbox"/> (8) HCV コア抗原(*)	<input type="checkbox"/> (9) HCV-RNA 核酸増幅検査
<input type="checkbox"/> (10) HIV 抗体(*)	<input type="checkbox"/> (11) HIV 抗原/抗体同時測定	<input type="checkbox"/> (12) HTLV-I 抗体

(*)厚生労働省の推奨する検査項目

2-4) 輸血後の検体保管状況と感染症検査の実施状況について

1-94. 輸血後検体の保存について当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 原則的に全ての患者さんの検体を凍結保存している	(2) 原則的に全ての患者さんの検体を冷蔵保存している
(3) 特別な場合以外、ほとんど保存していない	(4) 保存していない

「(3)」、「(4)」と回答した場合には、1-97へ進んでください。

1-95. 検体保存期間として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 1.0ヶ月～6.0ヶ月	(2) 6.1ヶ月～12.0ヶ月
(3) 12.1ヶ月～24.0ヶ月	(4) 24.1ヶ月以上(永久保存を除く)
(5) 永久保存	

1-96. 輸血後検体保存の方法について当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 検査の残りをそのまま保存している
(2) 検査の残りを核酸検査に適合する試験管などに入れ保存している
(3) 専用の採血管に採血し未開封のまま保存している
(4) その他

1-97. 輸血後に感染症マーカーの検査(輸血後感染症検査)について当てはまるものを1つ選んでください
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 原則として全ての症例で行っている	<input type="checkbox"/>	(2) 症例によって行っている
<input type="checkbox"/>	(3) 行っていない		
「(3)行っていない」と回答した場合には、1-99 へ進んでください。			

1-98. 輸血後に実施している感染症検査の項目として当てはまるものを全て選んでください
(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) HBs 抗原	<input type="checkbox"/>	(2) HBs 抗体	<input type="checkbox"/>	(3) HBc 抗体
<input type="checkbox"/>	(4) HBe 抗原	<input type="checkbox"/>	(5) HBe 抗体	<input type="checkbox"/>	(6) HBV-DNA 核酸増幅検査(*)
<input type="checkbox"/>	(7) HCV 抗体	<input type="checkbox"/>	(8) HCV コア抗原(*)	<input type="checkbox"/>	(9) HCV-RNA 核酸増幅検査
<input type="checkbox"/>	(10) HIV 抗体(*)	<input type="checkbox"/>	(11) HIV 抗原/抗体同時測定	<input type="checkbox"/>	(12) HTLV-I 抗体

(*)厚生労働省の推奨する検査項目

2-5) 血漿分画製剤の管理について

1-99. アルブミン製剤を管理している部門として当てはまるものを1つ選んでください
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 輸血部門	<input type="checkbox"/>	(2) 検査部門
<input type="checkbox"/>	(3) 薬剤部門	<input type="checkbox"/>	(4) その他
「(4)その他」の場合、50字以内でその詳細を記入してください			
「(1) 輸血部門」または「(2) 検査部門」と回答した場合には、1-101 へ進んでください。			

1-100. 今後、輸血部門および検査部門でアルブミン製剤を管理することは可能ですか
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 可能	<input type="checkbox"/>	(2) 不可能
<input type="checkbox"/>	(3) 状況次第		
「(3) 状況次第」の場合、50字以内でその詳細を記入してください			

1-101. 免疫グロブリン製剤を管理している部門として当てはまるものを1つ選んでください
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 輸血部門	<input type="checkbox"/>	(2) 検査部門
<input type="checkbox"/>	(3) 薬剤部門	<input type="checkbox"/>	(4) その他
「(4)その他」の場合、50字以内でその詳細を記入してください			
「(1) 輸血部門」または「(2) 検査部門」と回答した場合には、1-103 へ進んでください。			

1-102. 今後、輸血部門および検査部門で免疫グロブリン製剤を管理することは可能ですか
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 可能	<input type="checkbox"/>	(2) 不可能
<input type="checkbox"/>	(3) 状況次第		
「(3) 状況次第」の場合、50字以内でその詳細を記入してください			

1-103. フィブリノゲン製剤を管理している部門として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 輸血部門	(2) 検査部門
(3) 薬剤部門	(4) その他
「(4)その他」の場合、50字以内でその詳細を記入してください	
「(1) 輸血部門」または「(2) 検査部門」と回答した場合には、1-105へ進んでください。	

1-104. 今後、輸血部門および検査部門でフィブリノゲン製剤を管理することは可能ですか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 可能	(2) 不可能
(3) 状況次第	
「(3) 状況次第」の場合、50字以内でその詳細を記入してください	

2-6) 輸血製剤および血漿分画製剤の適正使用について

1-105. 院内で使用されている赤血球製剤の国の使用基準遵守について、輸血部門で評価していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 全例評価している	(2) 一部を評価している
(3) 評価していない	
「(3) 評価していない」と回答した場合には、1-112へ進んでください。	

1-106. 赤血球製剤について国の使用基準遵守の評価にHb値を使用していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 使用している	(2) 使用していない
「(2) 使用していない」と回答した場合には、1-108へ進んでください。	

1-107. 赤血球製剤の使用基準を「遵守している」と判断するHb値として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) Hb10.0g/dL以下	(2) Hb9.0g/dL以下
(3) Hb8.0g/dL以下	(4) Hb7.0g/dL以下
(5) その他	
「(5) その他」の場合、具体的な数値を記入してください	

1-108. 赤血球製剤の国の使用基準遵守の評価に際して、患者の心疾患・肺機能障害・脳循環障害を考慮していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 考慮している	(2) 考慮していない
(3) 一部の症例のみ考慮している	

1-109. 赤血球輸血が強く推奨される病態(消化管出血における急性貧血、敗血症患者での貧血など)での使用基準遵守の評価は、他の病態での評価より厳密に評価していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 評価している	(2) 評価していない
「(1)評価している」の場合、50字以内で詳細を、記入して下さい	

1-110. 周術期貧血への赤血球輸血については、使用基準遵守を評価していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 評価している	(2) 評価していない
(3) その他	
「(3)その他」の場合、50字以内で詳細を記入してください	

1-111. 赤血球製剤の不適切な使用が目立つ病態等がありますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) ある	(2) ない
「(1)ある」の場合、50字以内で詳細を、記入して下さい	

1-112. 院内で使用されている血小板製剤の国の使用基準遵守について、輸血部門で評価していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 全例評価している	(2) 一部を評価している
(3) 評価していない	
「(3) 評価していない」と回答した場合には、1-118へ進んでください。	

1-113. 血小板製剤について国の使用基準遵守の評価にPLT値を使用していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 使用している	(2) 使用していない
「(2) 使用していない」と回答した場合には、1-116へ進んでください。	

1-114. 一般的な待機的手術前で血小板製剤の使用基準を「遵守している」と判断するPLT値として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) PLT10万/ μ L以下	(2) PLT7万/ μ L以下
(3) PLT5万/ μ L以下	(4) その他
「(4) その他」の場合、貴施設の判断基準値を記入してください	

1-115. 造血器腫瘍での予防的投与において血小板製剤の使用基準を「遵守している」と判断するPLT値として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) PLT5万/ μ L以下	(2) PLT3万/ μ L以下
(3) PLT2万/ μ L以下	(4) PLT1万/ μ L以下
(5) その他	
「(5) その他」の場合、貴施設の判断基準値を記入してください	

1-116. 血小板製剤の国の使用基準遵守の評価に際して、出血リスク(発熱、重症感染症、急速な血小板数の低下など)を考慮していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 考慮している	(2) 考慮していない
(3) 一部の症例のみ考慮している	

1-117. 周術期の血小板減少症への血小板輸血については、使用基準遵守を評価していますか
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 評価している	<input type="checkbox"/>	(2) 評価していない
<input type="checkbox"/>	(3) その他		
「(3)その他」の場合、50字以内で詳細を記入してください			

1-118. 血小板製剤を投与しても血小板が増加せず、連日血小板製剤の輸血を行っている患者について、輸血部門から診療科に連絡(アドバイス)していますか
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) している	<input type="checkbox"/>	(2) していない
<input type="checkbox"/>	(3) そのような症例はない		
「(2) していない」または「(3) そのような症例はない」と回答した場合には、1-120 へ進んでください。			

1-119. 輸血部門からの連絡(アドバイス)の内容として当てはまるものを全て選んでください
(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 病態解明の診療支援を行う	<input type="checkbox"/>	(2) 1時間後のCCI測定を依頼する
<input type="checkbox"/>	(3) 抗HLA抗体測定を依頼する	<input type="checkbox"/>	(4) その他
「(4)その他」の場合、50字以内で詳細を記入してください			

1-120. 血小板製剤の不適切な使用が目立つ病態等がありますか
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ない
「(1)ある」の場合、50字以内で詳細を記入してください			

1-121. 院内で使用されている血漿製剤の国の使用基準遵守について、輸血部門で評価していますか
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 全例評価している	<input type="checkbox"/>	(2) 一部を評価している
<input type="checkbox"/>	(3) 評価していない		
「(3) 評価していない」と回答した場合には、1-131 へ進んでください。			

1-122. 血漿製剤について国の使用基準遵守の評価にプロトロンビン時間(PT)を使用していますか
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 使用している	<input type="checkbox"/>	(2) 使用していない
「(2) 使用していない」と回答した場合には、1-124 へ進んでください。			

1-123. 血漿製剤の使用基準を「遵守している」と判断するPT値として当てはまるものを1つ選んでください
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) PT・INR2.0以上	<input type="checkbox"/>	(2) PT 30%以下
<input type="checkbox"/>	(3) 具体的数値の規定なし(病態により判断)	<input type="checkbox"/>	(4) その他
「(4) その他」の場合、貴施設の判断基準値を記入してください			

1-124. 血漿製剤について国の使用基準遵守の評価にフィブリノゲン値を使用していますか
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 使用している	<input type="checkbox"/>	(2) 使用していない
「(2) 使用していない」と回答した場合には、1-126 へ進んでください。			

1-125. 血漿製剤の使用基準を「遵守している」と判断するフィブリノゲン値として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) Fib 200mg/dL 以下	<input type="checkbox"/>	(2) Fib 150mg/dL 以下
<input type="checkbox"/>	(3) Fib 100mg/dL 以下	<input type="checkbox"/>	(4) 具体的数値の規定なし(病態により判断)
<input type="checkbox"/>	(5) その他		
「(5) その他」の場合、貴施設の判断基準値を記入してください			

1-126. 血漿交換療法で使用する血漿製剤の用量と用法が適正かどうかを輸血部門で評価していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 用量・用法とも評価している	<input type="checkbox"/>	(2) 用量のみ評価している
<input type="checkbox"/>	(3) 用法のみ評価している	<input type="checkbox"/>	(4) 疑義のある場合のみ用量を評価している
<input type="checkbox"/>	(5) 疑義のある場合のみ用法を評価している	<input type="checkbox"/>	(6) どちらも評価していない

1-127. 周術期の血漿製剤の使用基準遵守について、輸血部門で評価していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 評価している	<input type="checkbox"/>	(2) 評価していない
<input type="checkbox"/>	(3) その他		
「(3)その他」の場合、50字以内で詳細を記入してください			

1-128. 血漿製剤の使用基準遵守の評価が難しい病態として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 大量輸血を要しない手術	<input type="checkbox"/>	(2) 大量輸血を要しない外傷
<input type="checkbox"/>	(3) 抗凝固剤服用中の患者の緊急手術	<input type="checkbox"/>	(4) 出血傾向を認めない DIC
<input type="checkbox"/>	(5) その他		
「(5)その他」の場合、50字以内で詳細を記入してください			

1-129. 院内で血漿製剤の不適切な使用が目立つ病態として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 循環血漿量減少の改善	<input type="checkbox"/>	(2) 栄養補給
<input type="checkbox"/>	(3) 創傷治癒の促進	<input type="checkbox"/>	(4) 終末期患者
<input type="checkbox"/>	(5) 予防的投与	<input type="checkbox"/>	(6) 重症感染症
<input type="checkbox"/>	(7) 人工心肺使用時の出血予防	<input type="checkbox"/>	(8) 臓器移植
<input type="checkbox"/>	(9) その他	<input type="checkbox"/>	(10) 特になし
「(9)その他」の場合、50字以内で詳細を記入してください			

1-130. 輸血部門で血漿製剤の投与が不適切と評価されても、診療科がそれを受け入れずに同様の使用法を続けることがありますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ない
「(1) ある」の場合、50字以内で詳細を記入してください			

1-131. 院内で使用されているアルブミン製剤の国の使用基準遵守について、輸血部門で評価していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 全例評価している	<input type="checkbox"/>	(2) 一部を評価している
<input type="checkbox"/>	(3) 評価していない		
「(3) 評価していない」と回答した場合には、1-139へ進んでください。			

1-132. アルブミン製剤について国の使用基準遵守の評価にALB値を使用していますか

(以下該当する項目を○で囲んでください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 使用している	<input type="checkbox"/>	(2) 使用していない
「(2) 使用していない」と回答した場合には、1-134 へ進んでください。			

1-133. アルブミン製剤の使用基準を「遵守している」と判断するALB値として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目を○で囲んでください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) ALB3.0g/dL 以下	<input type="checkbox"/>	(2) ALB2.5g/dL 以下
<input type="checkbox"/>	(3) ALB2.0g/dL 以下	<input type="checkbox"/>	(4) その他
「(6) その他」の場合、貴施設の判断基準値を記入してください			

1-134. 血漿交換療法で使用するアルブミン製剤の用量と用法が適正かどうかを輸血部門で評価していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 用量・用法とも評価している	<input type="checkbox"/>	(2) 用量のみ評価している
<input type="checkbox"/>	(3) 用法のみ評価している	<input type="checkbox"/>	(4) 疑義のある場合のみ用量を評価している
<input type="checkbox"/>	(5) 疑義のある場合のみ用法を評価している	<input type="checkbox"/>	(6) どちらも評価していない

1-135. 周術期のアルブミン製剤の使用基準遵守について、輸血部門で評価していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 評価している	<input type="checkbox"/>	(2) 評価していない
<input type="checkbox"/>	(3) その他		
「(3)その他」の場合、50 字以内で詳細を記入してください			

1-136. 肝硬変に伴う難治性腹水でのアルブミン製剤の使用量について当てはまるものを 1 つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 顕著に増加している	<input type="checkbox"/>	(2) 若干増加している
<input type="checkbox"/>	(3) 横ばいである	<input type="checkbox"/>	(4) 減少している
<input type="checkbox"/>	(5) 肝硬変患者がいないため不明		

1-137. 院内でアルブミン製剤の不適切な使用が目立つ病態について当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 栄養補給	<input type="checkbox"/>	(2) 脳虚血(頭部外傷)
<input type="checkbox"/>	(3) 炎症性腸疾患	<input type="checkbox"/>	(4) 周術期の循環動態の安定した低 ALB 血症
<input type="checkbox"/>	(5) 単なる血清 ALB 濃度の維持	<input type="checkbox"/>	(6) 終末期患者
<input type="checkbox"/>	(7) 臓器移植	<input type="checkbox"/>	(8) その他
<input type="checkbox"/>	(9) 特になし		
「(8)その他」の場合、50 字以内で詳細を記入してください			

1-138. 輸血部門でアルブミン製剤の投与が不適切と評価されても、診療科がそれを受け入れずに同様の使用法を続けることがありますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ない
「(1) ある」の場合、50 字以内で詳細を記入してください			

1-139. 院内で免疫グロブリン製剤が適切に使用されているかについて、輸血部門で評価していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 全例評価している	<input type="checkbox"/>	(2) 一部を評価している
<input type="checkbox"/>	(3) 評価していない		

1-140. 赤血球、血小板、血漿、アルブミン製剤、免疫グロブリン製剤のいずれか一つでも、国の使用基準の遵守を輸血部門で評価していないと回答された施設にうかがいます。その理由として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 業務ではない	<input type="checkbox"/>	(2) 業務多忙
<input type="checkbox"/>	(3) 輸血療法委員会の検討項目ではない	<input type="checkbox"/>	(4) 必要性を感じない
<input type="checkbox"/>	(5) 輸血責任医師が不在	<input type="checkbox"/>	(6) 臨床医との連携が不足
<input type="checkbox"/>	(7) その他		
「(7)その他」の場合、50字以内で詳細を記入してください			

1-141. 輸血部門で投与後の評価判定をしている製剤を全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 赤血球製剤	<input type="checkbox"/>	(2) 血小板製剤
<input type="checkbox"/>	(3) 血漿製剤	<input type="checkbox"/>	(4) アルブミン製剤
<input type="checkbox"/>	(5) 免疫グロブリン製剤	<input type="checkbox"/>	(6) 全て評価していない

1-142. 問 1-141 で赤血球、血小板、血漿、アルブミン製剤、免疫グロブリン製剤の一つでも投与後の評価判定をしていないと回答された施設にうかがいます。その理由として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 輸血部門で管理供給していない	<input type="checkbox"/>	(2) 業務多忙
<input type="checkbox"/>	(3) 輸血療法委員会の検討項目ではない	<input type="checkbox"/>	(4) 必要性を感じない
<input type="checkbox"/>	(5) 輸血責任医師が不在	<input type="checkbox"/>	(6) 臨床医との連携が不足
<input type="checkbox"/>	(7) 適正使用の推進に寄与していない	<input type="checkbox"/>	(8) その他
「(8)その他」の場合、50字以内で詳細を記入してください			

1-143. 「輸血療法の実施に関する指針」(改定版)を輸血部門から院内に周知していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 周知している	<input type="checkbox"/>	(2) 周知していない
<input type="checkbox"/>	(3) わからない		
「(2) 評価していない」および「(3) わからない」と回答した場合には、1-145 へ進んでください			

1-144. 「輸血療法の実施に関する指針」(改定版)を輸血部門から院内に周知している方法として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 院内輸血マニュアルなどの資料にて周知している
<input type="checkbox"/>	(2) 定期的な輸血勉強会・講演会で周知している
<input type="checkbox"/>	(3) 輸血療法委員会で周知している
<input type="checkbox"/>	(4) 輸血のe-ラーニングなどで周知している
<input type="checkbox"/>	(5) その他
「(5)その他」の場合、50字以内で詳細を記入してください	

2-7) 業務手順書の整備状況について

1-145. 輸血療法に関する院内マニュアルはありますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ないが作成する予定である
<input type="checkbox"/>	(3) ない	<input type="checkbox"/>	(4) 使用実績がない

1-146. 宗教的輸血拒否に関するマニュアルはありますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ないが作成する予定である
<input type="checkbox"/>	(3) ない	<input type="checkbox"/>	(4) 使用実績がない

1-147. 貯血式自己血輸血に関するマニュアルはありますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ないが作成する予定である
<input type="checkbox"/>	(3) ない	<input type="checkbox"/>	(4) 使用実績がない

1-148. 希釈式自己血輸血に関するマニュアルはありますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ないが作成する予定である
<input type="checkbox"/>	(3) ない	<input type="checkbox"/>	(4) 使用実績がない

1-149. 回収式自己血輸血に関するマニュアルはありますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ないが作成する予定である
<input type="checkbox"/>	(3) ない	<input type="checkbox"/>	(4) 使用実績がない

2-8) 業務手順書に基づく血液製剤使用を徹底するための取り組みについて

1-150. 血液製剤の使用に関する業務手順書を院内で浸透させるための取り組みをしていますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 輸血療法委員会等で検討し、病院全体で取り組んでいる
<input type="checkbox"/>	(2) 病院全体では取組んでいないが、担当部署に任されている
<input type="checkbox"/>	(3) 取組んでいない
<input type="checkbox"/>	(4) わからない

「(3)取組んでいない」または「(4) わからない」と回答した場合には、1-152 へ進んでください。

1-151. 問 1-150.に(1)または(2)と回答した場合、その取り組みの内容として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) マニュアルの配布
<input type="checkbox"/>	(2) 輸血前・後の評価システム導入
<input type="checkbox"/>	(3) アンケート実施
<input type="checkbox"/>	(4) 手順書の改定
<input type="checkbox"/>	(5) 輸血療法委員会で手順書について話し合った
<input type="checkbox"/>	(6) 輸血療法委員会の回数増加
<input type="checkbox"/>	(7) 専任の輸血責任医師の任命
<input type="checkbox"/>	(8) 専任の輸血担当技師の任命
<input type="checkbox"/>	(9) その他
「(9) その他」の場合、50 字以内で詳細を記入してください	

2-9) その他輸血療法の安全管理について

1-152. 貴施設での不適合輸血(過誤輸血)を防ぐための対策について当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 血液型検査検体と交差適合試験用検体は別の時点で採血した検体を用いることを徹底する
<input type="checkbox"/>	(2) 血液型検査用検体は一患者分のみ採血管を用意し採血する
<input type="checkbox"/>	(3) 輸血担当検査技師を配置する
<input type="checkbox"/>	(4) 検査技師による輸血検査の24時間実施体制
<input type="checkbox"/>	(5) 自動輸血検査機器の導入
<input type="checkbox"/>	(6) 血液型検査において同一患者の二重チェック、同一検体の二重チェックの徹底
<input type="checkbox"/>	(7) 輸血の準備および実施は、原則として1回一患者ごと行う
<input type="checkbox"/>	(8) 輸血担当検査技師による当直技師への輸血教育の実施
<input type="checkbox"/>	(9) 血液型記入時の2名の医療従事者によるダブルチェックその他
<input type="checkbox"/>	(10) 電子機器による確認・照合
<input type="checkbox"/>	(11) 輸血前に患者自身に名前、生年月日、血液型などを名乗ってもらう
<input type="checkbox"/>	(12) 輸血責任医師を任命する
<input type="checkbox"/>	(13) 輸血療法委員会等で不適合輸血予防策を検討し、マニュアルを作成し実施する
<input type="checkbox"/>	(14) 看護手順等に不適合輸血予防策について記載して実施している
<input type="checkbox"/>	(15) 輸血医療に専門性を有する医療従事者(医師、看護師、検査技師、薬剤師など)が巡視し指導・教育する
<input type="checkbox"/>	(16) 院内輸血講習会を行う
<input type="checkbox"/>	(17) 院外講師を呼んで輸血講演を行う

【3】 使用実態について

3-1) 輸血を実施した件数と実患者数について

1-153. 2020年4月～2021年3月の期間で輸血を実施しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 実施した	<input type="checkbox"/>	(2) 実施しなかった
「(2) 実施しなかった」と回答をした場合には、1-261へ進んでください。			

1-154. 2020年4月～2021年3月の期間で輸血を実施した件数を記入してください

(枠の中に件数を整数で記入してください)

	輸血件数
(1) 同種血のみ実施	件
(2) 自己血のみ実施	件
(3) 同種血、自己血併用実施	件
(4) 合計	件

*実施していない項目には必ず0を記入してください。

*合計も必ず記入してください。

*自己血は、貯血式自己血輸血のみを指します。希釈式や回収式自己血輸血は含みません。

1-155. 2020年4月～2021年3月の期間で輸血を実施した実患者数を記入してください

(枠の中に人数を整数で記入してください)

	実患者数
(1) 同種血のみ実施	人
(2) 自己血のみ実施	人
(3) 同種血、自己血併用実施	人
(4) 合計	人

*実施していない項目には必ず0を記入してください。

*合計も必ず記入してください。

*自己血は、貯血式自己血輸血のみを指します。希釈式や回収式自己血輸血は含みません。

3-2) 輸血用血液製剤の使用実績について

1-156. 2020年4月～2021年3月の期間で輸血用血液製剤（赤血球製剤、血小板製剤、新鮮凍結血漿）を使用しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 使用した	(2) 使用しなかった
「(2) 使用しなかった」と回答した場合には、1-245へ進んでください。	

【参考資料2: 該当する輸血用血液製剤一覧】

赤血球製剤	人赤血球液(赤血球液-LR「日赤」、照射赤血球液-LR「日赤」) 洗浄人赤血球液(洗浄赤血球液-LR「日赤」、照射洗浄赤血球液-LR「日赤」) 解凍人赤血球液(解凍赤血球液-LR「日赤」、照射解凍赤血球液-LR「日赤」) 合成血液-LR「日赤」、照射合成血液-LR「日赤」
血小板製剤	人血小板濃厚液(濃厚血小板-LR「日赤」、照射濃厚血小板-LR「日赤」) 人血小板濃厚液(濃厚血小板 HLA-LR「日赤」、照射濃厚血小板 HLA-LR「日赤」) 人血小板濃厚液(照射洗浄血小板-LR「日赤」、照射洗浄血小板 HLA-LR「日赤」)
血漿製剤	新鮮凍結人血漿(新鮮凍結血漿-LR「日赤」120) 新鮮凍結人血漿(新鮮凍結血漿-LR「日赤」240) 新鮮凍結人血漿(新鮮凍結血漿-LR「日赤」480)

3-3) 赤血球製剤の使用実績について

1-157. 2020年4月～2021年3月の期間で赤血球製剤を使用しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 使用した	(2) 使用しなかった
「(2) 使用しなかった」と回答した場合には、1-161へ進んでください。	

1-158. 2020年4月～2021年3月の期間で使用した赤血球製剤の総袋(本)数を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

製剤種	使用袋(本)数
(1) 人赤血球液(赤血球液-LR-1、照射赤血球液-LR-1製剤)	袋(本)
(2) 人赤血球液(赤血球液-LR-2、照射赤血球液-LR-2製剤)	袋(本)
(3) 洗浄人赤血球液(洗浄赤血球液-LR-1、照射洗浄赤血球液-LR-1製剤)	袋(本)
(4) 洗浄人赤血球液(洗浄赤血球液-LR-2、照射洗浄赤血球液-LR-2製剤)	袋(本)
(5) 解凍人赤血球液(解凍赤血球液-LR-1、照射解凍赤血球液-LR-1製剤)	袋(本)
(6) 解凍人赤血球液(解凍赤血球液-LR-2、照射解凍赤血球液-LR-2製剤)	袋(本)
(7) 合成血液-LR-1、照射合成血液-LR-1製剤	袋(本)
(8) 合成血液-LR-2、照射合成血液-LR-2製剤	袋(本)

*使用がなかった項目製剤には、必ず0を記入してください。 *合計袋(本)数、総単位数は、システムで自動計算します。

1-159. 2020年4月～2021年3月の期間で使用した赤血球製剤の診療科別(参考資料1:診療科分類を参照)に総袋(本)数と総使用単位数を記入してください

【(1) 人赤血球液製剤】

(枠の中に整数で記入してください)

診療科	使用袋(本)数	使用単位数	診療科	使用袋(本)数	使用単位数
(1) 心臓血管外科	袋(本)	単位	(2) 消化器外科	袋(本)	単位
(3) 脳神経外科	袋(本)	単位	(4) 呼吸器外科	袋(本)	単位
(5) 整形外科	袋(本)	単位	(6) 産婦人科	袋(本)	単位
(7) 皮膚科・形成外科	袋(本)	単位	(8) 泌尿器科	袋(本)	単位
(9) その他の外科	袋(本)	単位	(10) 血液内科	袋(本)	単位
(11) 循環器内科	袋(本)	単位	(12) 消化器内科	袋(本)	単位
(13) 呼吸器内科	袋(本)	単位	(14) 腎臓内科	袋(本)	単位
(15) 神経内科	袋(本)	単位	(16) 膠原病リウマチ科	袋(本)	単位
(17) 内分泌代謝科	袋(本)	単位	(18) その他の内科	袋(本)	単位
(19) 精神科・心療内科	袋(本)	単位	(20) 小児科	袋(本)	単位
(21) 腫瘍治療科	袋(本)	単位	(22) 救急科	袋(本)	単位
(23) 歯科・口腔外科	袋(本)	単位	(24) その他の診療科	袋(本)	単位

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

【(2) 洗浄人赤血球液】

(枠の中に整数で記入してください)

診療科	使用袋(本)数	使用単位数	診療科	使用袋(本)数	使用単位数
(1) 心臓血管外科	袋(本)	単位	(2) 消化器外科	袋(本)	単位
(3) 脳神経外科	袋(本)	単位	(4) 呼吸器外科	袋(本)	単位
(5) 整形外科	袋(本)	単位	(6) 産婦人科	袋(本)	単位
(7) 皮膚科・形成外科	袋(本)	単位	(8) 泌尿器科	袋(本)	単位
(9) その他の外科	袋(本)	単位	(10) 血液内科	袋(本)	単位
(11) 循環器内科	袋(本)	単位	(12) 消化器内科	袋(本)	単位
(13) 呼吸器内科	袋(本)	単位	(14) 腎臓内科	袋(本)	単位
(15) 神経内科	袋(本)	単位	(16) 膠原病リウマチ科	袋(本)	単位
(17) 内分泌代謝科	袋(本)	単位	(18) その他の内科	袋(本)	単位
(19) 精神科・心療内科	袋(本)	単位	(20) 小児科	袋(本)	単位
(21) 腫瘍治療科	袋(本)	単位	(22) 救急科	袋(本)	単位
(23) 歯科・口腔外科	袋(本)	単位	(24) その他の診療科	袋(本)	単位

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

【(3) 解凍人赤血球液】

(枠の中に整数で記入してください)

診療科	使用袋(本)数	使用単位数	診療科	使用袋(本)数	使用単位数
(1) 心臓血管外科	袋(本)	単位	(2) 消化器外科	袋(本)	単位
(3) 脳神経外科	袋(本)	単位	(4) 呼吸器外科	袋(本)	単位
(5) 整形外科	袋(本)	単位	(6) 産婦人科	袋(本)	単位
(7) 皮膚科・形成外科	袋(本)	単位	(8) 泌尿器科	袋(本)	単位
(9) その他の外科	袋(本)	単位	(10) 血液内科	袋(本)	単位
(11) 循環器内科	袋(本)	単位	(12) 消化器内科	袋(本)	単位
(13) 呼吸器内科	袋(本)	単位	(14) 腎臓内科	袋(本)	単位
(15) 神経内科	袋(本)	単位	(16) 膠原病リウマチ科	袋(本)	単位
(17) 内分泌代謝科	袋(本)	単位	(18) その他の内科	袋(本)	単位
(19) 精神科・心療内科	袋(本)	単位	(20) 小児科	袋(本)	単位
(21) 腫瘍治療科	袋(本)	単位	(22) 救急科	袋(本)	単位
(23) 歯科・口腔外科	袋(本)	単位	(24) その他の診療科	袋(本)	単位

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

【(4) 合成血液】

(枠の中に整数で記入してください)

診療科	使用袋(本)数	使用単位数	診療科	使用袋(本)数	使用単位数
(1) 心臓血管外科	袋(本)	単位	(2) 消化器外科	袋(本)	単位
(3) 脳神経外科	袋(本)	単位	(4) 呼吸器外科	袋(本)	単位
(5) 整形外科	袋(本)	単位	(6) 産婦人科	袋(本)	単位
(7) 皮膚科・形成外科	袋(本)	単位	(8) 泌尿器科	袋(本)	単位
(9) その他の外科	袋(本)	単位	(10) 血液内科	袋(本)	単位
(11) 循環器内科	袋(本)	単位	(12) 消化器内科	袋(本)	単位
(13) 呼吸器内科	袋(本)	単位	(14) 腎臓内科	袋(本)	単位
(15) 神経内科	袋(本)	単位	(16) 膠原病リウマチ科	袋(本)	単位
(17) 内分泌代謝科	袋(本)	単位	(18) その他の内科	袋(本)	単位
(19) 精神科・心療内科	袋(本)	単位	(20) 小児科	袋(本)	単位
(21) 腫瘍治療科	袋(本)	単位	(22) 救急科	袋(本)	単位
(23) 歯科・口腔外科	袋(本)	単位	(24) その他の診療科	袋(本)	単位

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

1-160. 2020年4月～2021年3月の期間で使用した赤血球製剤の使用場所別に総袋(本)数と総使用単位数を記入してください

【(1) 人赤血球液製剤】

(枠の中に整数で記入してください)

使用場所	使用袋(本)数	使用単位数	使用場所	使用袋(本)数	使用単位数
(1) 病棟	袋(本)	単位	(2) 外来	袋(本)	単位
(3) 救急外来	袋(本)	単位	(4) 手術室	袋(本)	単位
(5) 集中治療室	袋(本)	単位	(6) 医療機関外	袋(本)	単位
(7) その他	袋(本)	単位			

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

【(2) 洗浄人赤血球液】

(枠の中に整数で記入してください)

使用場所	使用袋(本)数	使用単位数	使用場所	使用袋(本)数	使用単位数
(1) 病棟	袋(本)	単位	(2) 外来	袋(本)	単位
(3) 救急外来	袋(本)	単位	(4) 手術室	袋(本)	単位
(5) 集中治療室	袋(本)	単位	(6) 医療機関外	袋(本)	単位
(7) その他	袋(本)	単位			

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

【(3) 解凍人赤血球液】

(枠の中に整数で記入してください)

使用場所	使用袋(本)数	使用単位数	使用場所	使用袋(本)数	使用単位数
(1) 病棟	袋(本)	単位	(2) 外来	袋(本)	単位
(3) 救急外来	袋(本)	単位	(4) 手術室	袋(本)	単位
(5) 集中治療室	袋(本)	単位	(6) 医療機関外	袋(本)	単位
(7) その他	袋(本)	単位			

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

【(4) 合成血液】

(枠の中に整数で記入してください)

使用場所	使用袋(本)数	使用単位数	使用場所	使用袋(本)数	使用単位数
(1) 病棟	袋(本)	単位	(2) 外来	袋(本)	単位
(3) 救急外来	袋(本)	単位	(4) 手術室	袋(本)	単位
(5) 集中治療室	袋(本)	単位	(6) 医療機関外	袋(本)	単位
(7) その他	袋(本)	単位			

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

3-4) 血小板製剤の使用実績について

1-161. 2020年4月～2021年3月の期間で血小板製剤を使用しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 使用した	(2) 使用しなかった
「(2) 使用しなかった」と回答した場合には、1-165へ進んでください。	

1-162. 2020年4月～2021年3月の期間で使用した血小板製剤の総袋(本)数を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

製剤種	使用袋(本)数
(1) 人血小板濃厚液(濃厚血小板-LR-1、照射濃厚血小板-LR-1 製剤)	袋(本)
(2) 人血小板濃厚液(濃厚血小板-LR-2、照射濃厚血小板-LR-2 製剤)	袋(本)
(3) 人血小板濃厚液(濃厚血小板-LR-5、照射濃厚血小板-LR-5 製剤)	袋(本)
(4) 人血小板濃厚液(濃厚血小板-LR-10、照射濃厚血小板-LR-10 製剤)	袋(本)
(5) 人血小板濃厚液(濃厚血小板-LR-15、照射濃厚血小板-LR-15 製剤)	袋(本)
(6) 人血小板濃厚液(濃厚血小板-LR-20、照射濃厚血小板-LR-20 製剤)	袋(本)
(7) 人血小板濃厚液(濃厚血小板 HLA-LR-10、照射濃厚血小板 HLA-LR-10 製剤)	袋(本)
(8) 人血小板濃厚液(濃厚血小板 HLA-LR-15、照射濃厚血小板 HLA-LR-15 製剤)	袋(本)
(9) 人血小板濃厚液(濃厚血小板 HLA-LR-20、照射濃厚血小板 HLA-LR-20 製剤)	袋(本)
(10) 人血小板濃厚液(照射洗浄血小板-LR-10)	袋(本)
(11) 人血小板濃厚液(照射洗浄血小板-HLA-LR-10)	袋(本)

*使用がなかった項目製剤には、必ず0を記入してください。 *合計袋(本)数、総単位数は、システムで自動計算します。

1-163. 2020年4月～2021年3月の期間で使用した血小板製剤の診療科別(参考資料1:診療科分類を参照)に総袋(本)数と総使用単位数を記入してください

【(1) 人血小板濃厚液(濃厚血小板製剤)】

(枠の中に整数で記入してください)

診療科	使用袋(本)数	使用単位数	診療科	使用袋(本)数	使用単位数
(1) 心臓血管外科	袋(本)	単位	(2) 消化器外科	袋(本)	単位
(3) 脳神経外科	袋(本)	単位	(4) 呼吸器外科	袋(本)	単位
(5) 整形外科	袋(本)	単位	(6) 産婦人科	袋(本)	単位
(7) 皮膚科・形成外科	袋(本)	単位	(8) 泌尿器科	袋(本)	単位
(9) その他の外科	袋(本)	単位	(10) 血液内科	袋(本)	単位
(11) 循環器内科	袋(本)	単位	(12) 消化器内科	袋(本)	単位
(13) 呼吸器内科	袋(本)	単位	(14) 腎臓内科	袋(本)	単位
(15) 神経内科	袋(本)	単位	(16) 膠原病リウマチ科	袋(本)	単位
(17) 内分泌代謝科	袋(本)	単位	(18) その他の内科	袋(本)	単位
(19) 精神科・心療内科	袋(本)	単位	(20) 小児科	袋(本)	単位
(21) 腫瘍治療科	袋(本)	単位	(22) 救急科	袋(本)	単位
(23) 歯科・口腔外科	袋(本)	単位	(24) その他の診療科	袋(本)	単位

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

【(2) 人血小板濃厚液（濃厚血小板 HLA-製剤）】

(枠の中に整数で記入してください)

診療科	使用袋(本)数	使用単位数	診療科	使用袋(本)数	使用単位数
(1) 心臓血管外科	袋(本)	単位	(2) 消化器外科	袋(本)	単位
(3) 脳神経外科	袋(本)	単位	(4) 呼吸器外科	袋(本)	単位
(5) 整形外科	袋(本)	単位	(6) 産婦人科	袋(本)	単位
(7) 皮膚科・形成外科	袋(本)	単位	(8) 泌尿器科	袋(本)	単位
(9) その他の外科	袋(本)	単位	(10) 血液内科	袋(本)	単位
(11) 循環器内科	袋(本)	単位	(12) 消化器内科	袋(本)	単位
(13) 呼吸器内科	袋(本)	単位	(14) 腎臓内科	袋(本)	単位
(15) 神経内科	袋(本)	単位	(16) 膠原病リウマチ科	袋(本)	単位
(17) 内分泌代謝科	袋(本)	単位	(18) その他の内科	袋(本)	単位
(19) 精神科・心療内科	袋(本)	単位	(20) 小児科	袋(本)	単位
(21) 腫瘍治療科	袋(本)	単位	(22) 救急科	袋(本)	単位
(23) 歯科・口腔外科	袋(本)	単位	(24) その他の診療科	袋(本)	単位

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

【(3) 人血小板濃厚液（照射洗浄血小板-製剤）】

(枠の中に整数で記入してください)

診療科	使用袋(本)数	使用単位数	診療科	使用袋(本)数	使用単位数
(1) 心臓血管外科	袋(本)	単位	(2) 消化器外科	袋(本)	単位
(3) 脳神経外科	袋(本)	単位	(4) 呼吸器外科	袋(本)	単位
(5) 整形外科	袋(本)	単位	(6) 産婦人科	袋(本)	単位
(7) 皮膚科・形成外科	袋(本)	単位	(8) 泌尿器科	袋(本)	単位
(9) その他の外科	袋(本)	単位	(10) 血液内科	袋(本)	単位
(11) 循環器内科	袋(本)	単位	(12) 消化器内科	袋(本)	単位
(13) 呼吸器内科	袋(本)	単位	(14) 腎臓内科	袋(本)	単位
(15) 神経内科	袋(本)	単位	(16) 膠原病リウマチ科	袋(本)	単位
(17) 内分泌代謝科	袋(本)	単位	(18) その他の内科	袋(本)	単位
(19) 精神科・心療内科	袋(本)	単位	(20) 小児科	袋(本)	単位
(21) 腫瘍治療科	袋(本)	単位	(22) 救急科	袋(本)	単位
(23) 歯科・口腔外科	袋(本)	単位	(24) その他の診療科	袋(本)	単位

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

1-164. 2020年4月～2021年3月の期間で使用した血小板製剤の使用場所別に総袋(本)数と総使用単位数を記入してください

【(1) 人血小板濃厚液（濃厚血小板製剤）】

(枠の中に整数で記入してください)

使用場所	使用袋(本)数	使用単位数	使用場所	使用袋(本)数	使用単位数
(1) 病棟	袋(本)	単位	(2) 外来	袋(本)	単位
(3) 救急外来	袋(本)	単位	(4) 手術室	袋(本)	単位
(5) 集中治療室	袋(本)	単位	(6) 医療機関外	袋(本)	単位
(7) その他	袋(本)	単位			

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

【(2) 人血小板濃厚液（濃厚血小板 HLA-製剤）】

(枠の中に整数で記入してください)

使用場所	使用袋(本)数	使用単位数	使用場所	使用袋(本)数	使用単位数
(1) 病棟	袋(本)	単位	(2) 外来	袋(本)	単位
(3) 救急外来	袋(本)	単位	(4) 手術室	袋(本)	単位
(5) 集中治療室	袋(本)	単位	(6) 医療機関外	袋(本)	単位
(7) その他	袋(本)	単位			

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

【(3) 人血小板濃厚液（照射洗浄血小板-製剤）】

(枠の中に整数で記入してください)

使用場所	使用袋(本)数	使用単位数	使用場所	使用袋(本)数	使用単位数
(1) 病棟	袋(本)	単位	(2) 外来	袋(本)	単位
(3) 救急外来	袋(本)	単位	(4) 手術室	袋(本)	単位
(5) 集中治療室	袋(本)	単位	(6) 医療機関外	袋(本)	単位
(7) その他	袋(本)	単位			

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

3-5) 血漿製剤の使用実績について

1-165. 2020年4月～2021年3月の期間で、血漿製剤を使用しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 使用した	(2) 使用しなかった
----------	-------------

「(2) 使用しなかった」と回答した場合には、1-169へ進んでください。

1-166. 2020年4月～2021年3月の期間で使用した血漿製剤の総袋(本)数を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

製剤種	使用袋(本)数
(1) 新鮮凍結人血漿(新鮮凍結血漿-LR-120製剤)	袋(本)
(2) 新鮮凍結人血漿(新鮮凍結血漿-LR-240製剤)	袋(本)
(3) 新鮮凍結人血漿(新鮮凍結血漿-LR-480製剤)	袋(本)

*使用がなかった項目製剤には、必ず0を記入してください。 *合計袋(本)数、総単位数は、システムで自動計算します。

1-167. 2020年4月～2021年3月の期間で使用した血漿製剤の診療科別(参考資料1:診療科分類を参照)に総袋(本)数と総使用単位数を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

診療科	使用袋(本)数	使用単位数	診療科	使用袋(本)数	使用単位数
(1) 心臓血管外科	袋(本)	単位	(2) 消化器外科	袋(本)	単位
(3) 脳神経外科	袋(本)	単位	(4) 呼吸器外科	袋(本)	単位
(5) 整形外科	袋(本)	単位	(6) 産婦人科	袋(本)	単位
(7) 皮膚科・形成外科	袋(本)	単位	(8) 泌尿器科	袋(本)	単位
(9) その他の外科	袋(本)	単位	(10) 血液内科	袋(本)	単位
(11) 循環器内科	袋(本)	単位	(12) 消化器内科	袋(本)	単位
(13) 呼吸器内科	袋(本)	単位	(14) 腎臓内科	袋(本)	単位
(15) 神経内科	袋(本)	単位	(16) 膠原病リウマチ科	袋(本)	単位
(17) 内分泌代謝科	袋(本)	単位	(18) その他の内科	袋(本)	単位
(19) 精神科・心療内科	袋(本)	単位	(20) 小児科	袋(本)	単位
(21) 腫瘍治療科	袋(本)	単位	(22) 救急科	袋(本)	単位
(23) 歯科・口腔外科	袋(本)	単位	(24) その他の診療科	袋(本)	単位

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

1-168. 2020年4月～2021年3月の期間で使用した血漿製剤の使用場所別に総袋(本)数と使用単位数を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

使用場所	使用袋(本)数	使用単位数	使用場所	使用袋(本)数	使用単位数
(1) 病棟	袋(本)	単位	(2) 外来	袋(本)	単位
(3) 救急外来	袋(本)	単位	(4) 手術室	袋(本)	単位
(5) 集中治療室	袋(本)	単位	(6) 医療機関外	袋(本)	単位
(7) その他	袋(本)	単位			

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

3-6) 日赤製剤の発注について

1-169. 日赤への輸血用血液製剤の注文方法として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 手書きしたものを Fax 送信する	<input type="checkbox"/>	(2) 印刷した物を Fax 送信する
<input type="checkbox"/>	(3) 輸血システムから直接 Fax 送信する	<input type="checkbox"/>	(4) Web システムで注文する
<input type="checkbox"/>	(5) 電話で注文する	<input type="checkbox"/>	(6) その他
「(6) その他」の場合、50 字以内で詳細を記入してください			

3-7) 院内調製の製剤について

1-170. 2020 年 4 月～2021 年 3 月の期間に院内で下記製剤を調製しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 調製した	<input type="checkbox"/>	(2) 調製しなかった
「(2) 調製しなかった」と回答した場合には、1-186 へ進んでください。			

【参考資料 4: 該当する院内調製血】

院内調製洗浄血小板製剤	院内分割製剤
同種クリオプレシピテート製剤	

1-171. 2020 年 4 月～2021 年 3 月の期間に院内で洗浄置換もしくは置換血小板を調製しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 調製した	<input type="checkbox"/>	(2) 調製しなかった
「(1) 調製した」の場合、その件数を整数で記入してください			件

1-172. 2020 年 4 月～2021 年 3 月の期間に院内で分割した赤血球液を使用しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 使用した	<input type="checkbox"/>	(2) 使用しなかった
「(2) 使用しなかった」と回答した場合には、1-174 へ進んでください。			

1-173. 問 1-172 で「(1) 使用した」の場合、2020 年 4 月～2021 年 3 月の期間に院内で分割した赤血球を使用した患者数(実数)と元製剤の本数と分割したバックの輸血した本数を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

(1) 分割した赤血球を使用した患者数(実数)	人
(2) 元製剤の本数	本
(3) 分割バックの輸血した本数(輸血件数)	本

1-174. 問 1-172 で「(2) 使用しなかった」の場合、分割しない理由として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 対象症例がない
<input type="checkbox"/>	(2) 対象症例があるができない(設備:無菌接合機・シーラーがない)
<input type="checkbox"/>	(3) 対象症例があるができない(人的余裕がない)
<input type="checkbox"/>	(4) カリウム吸着フィルターを使用すると初流廃棄量が多いため、分割できないと判断している
<input type="checkbox"/>	(5) その他
「(5) その他」の場合、50 字以内で詳細を記入してください	

1-175. 問 1-174 で「(2)、(3):対象症例がいるができない」の場合、対象患者数と予想される必要本数(概算でよい)を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

(1) 対象患者数	人
(2) 予想される必要本数(概算でよい)	本

1-176. 2020年4月～2021年3月の期間に院内で分割した濃厚血小板を使用しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 使用した	(2) 使用しなかった
「(2) 使用しなかった」と回答した場合には、1-178 へ進んでください。	

1-177. 問 1-176 で「(1) 使用した」の場合、2020年4月～2021年3月の期間に院内で分割した濃厚血小板を使用した患者数(実数)と元製剤の本数と分割したバックの輸血した本数を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

(1) 分割した濃厚血小板を使用した患者数(実数)	人
(2) 元製剤の本数	本
(3) 分割バックの輸血した本数(輸血件数)	本

1-178. 問 1-176 で「(2) 使用しなかった」の場合、分割しない理由として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 対象症例がない
<input type="checkbox"/>	(2) 対象症例がいるができない(設備:無菌接合機・シーラーがない)
<input type="checkbox"/>	(3) 対象症例がいるができない(人的余裕がない)
<input type="checkbox"/>	(4) 濃厚血小板の有効期限が短く分割効果が期待できないと判断している
<input type="checkbox"/>	(5) その他
「(5) その他」の場合、50字以内で詳細を記入してください	

1-179. 問 1-178 で「(2)、(3):対象症例がいるができない」の場合、対象患者数と予想される必要本数(概算でよい)を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

(1) 対象患者数	人
(2) 予想される必要本数(概算でよい)	本

1-180. 2020年4月～2021年3月の期間で血漿製剤(新鮮凍結血漿-LR-120、新鮮凍結血漿-LR-240、新鮮凍結血漿-LR-480)からクリオプレシピテートを作製しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 作製した	(2) 作製しなかった
「(2) 作製しなかった」と回答した場合には、1-185 へ進んでください。	

1-181. 2020年4月～2021年3月の期間で血漿製剤(新鮮凍結血漿-LR-120、新鮮凍結血漿-LR-240、新鮮凍結血漿-LR-480)から作製したクリオプレシピテートを使用しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 使用した	(2) 使用しなかった
「(2) 使用しなかった」と回答した場合には、1-183 へ進んでください。	

1-182. 2020年4月～2021年3月の期間に作製し使用した、クリオプレシピテートの調製用製剤となった血漿製剤の使用総袋(本)数を、患者同型供給の場合は(1)に、AB型供給のみに統一している場合は(2)に記入してください

【(1) 患者血液型同型 新鮮凍結人血漿】

(枠の中に整数で記入してください)

製剤種	使用総袋(本)数
(1) 新鮮凍結血漿-LR-120 製剤	袋(本)
(2) 新鮮凍結血漿-LR-240 製剤	袋(本)
(3) 新鮮凍結血漿-LR-480 製剤	袋(本)

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

【(2) AB型 新鮮凍結人血漿】

(枠の中に整数で記入してください)

製剤種	使用総袋(本)数
(1) 新鮮凍結血漿-LR-120 製剤	袋(本)
(2) 新鮮凍結血漿-LR-240 製剤	袋(本)
(3) 新鮮凍結血漿-LR-480 製剤	袋(本)

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

1-183. 2020年4月～2021年3月の期間で血漿製剤(新鮮凍結血漿-LR-120、新鮮凍結血漿-LR-240、新鮮凍結血漿-LR-480)からクリオプレシピテートを作製したが、使用せずに廃棄しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 廃棄した	(2) 廃棄しなかった
----------	-------------

「(2) 廃棄しなかった」と回答した場合には、1-185へ進んでください。

1-184. 問1-183で「(1) 廃棄した」の場合、廃棄したクリオプレシピテートの調製用製剤となった血漿製剤の廃棄総袋(本)数を、患者同型供給の場合は(1)に、AB型供給のみに統一している場合は(2)に記入してください

【(1) 患者血液型同型 新鮮凍結人血漿】

(枠の中に整数で記入してください)

製剤種	使用総袋(本)数
(4) 新鮮凍結血漿-LR-120 製剤	袋(本)
(5) 新鮮凍結血漿-LR-240 製剤	袋(本)
(6) 新鮮凍結血漿-LR-480 製剤	袋(本)

*廃棄がなかった項目には、必ず0を記入してください。

【(2) AB型 新鮮凍結人血漿】

(枠の中に整数で記入してください)

製剤種	使用総袋(本)数
(4) 新鮮凍結血漿-LR-120 製剤	袋(本)
(5) 新鮮凍結血漿-LR-240 製剤	袋(本)
(6) 新鮮凍結血漿-LR-480 製剤	袋(本)

*廃棄がなかった項目には、必ず0を記入してください。

1-185. 2020年4月～2021年3月の期間に院内で合成血を調製しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 調製した	(2) 調製しなかった
----------	-------------

「(1) 調製した」の場合、その件数を整数で記入してください

件

3-8) 放射線未照射輸血用血液製剤使用について

1-186. 2020年4月～2021年3月の期間で放射線未照射日赤製剤を使用しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 使用した	<input type="checkbox"/>	(2) 使用しなかった
「(2) 使用しなかった」と回答した場合には、1-189へ進んでください。			

1-187. 2020年4月～2021年3月の期間に輸血が行われた放射線未照射日赤製剤の製剤別単位数を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

製剤種	使用単位数
(1) 未照射日赤赤血球製剤	単位
(2) 未照射日赤血小板製剤	単位

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

1-188. 放射線未照射日赤製剤を使用した理由として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 緊急の輸血で照射を行なう余裕がなかった	<input type="checkbox"/>	(2) 時間外に院内照射を行なう体制がないため
<input type="checkbox"/>	(3) 放射線照射装置の故障のため	<input type="checkbox"/>	(4) 高K血症の予防のため
<input type="checkbox"/>	(5) その他	<input type="checkbox"/>	
「(5) その他」の場合、50字以内で内容を記入してください			

1-189. 2020年4月～2021年3月の期間で放射線未照射院内製剤を使用しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 使用した	<input type="checkbox"/>	(2) 使用しなかった
「(2) 使用しなかった」と回答した場合には、1-192へ進んでください。			

1-190. 2020年4月～2021年3月の期間に輸血が行われた放射線未照射院内製剤の製剤別単位数を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

製剤種	使用単位数
(1) 未照射院内採血赤血球製剤	単位
(2) 未照射院内採血血小板製剤	単位
(3) 未照射院内採血顆粒球製剤	単位
(4) 上記以外の製剤	単位
「(4) 上記以外の製剤」の場合、50字以内でその製剤名を全て記入してください	

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

1-191. 放射線未照射日赤製剤を使用した理由として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 緊急の輸血で照射を行なう余裕がなかった	<input type="checkbox"/>	(2) 時間外に院内照射を行なう体制がないため
<input type="checkbox"/>	(3) 放射線照射装置の故障のため	<input type="checkbox"/>	(4) 放射線照射装置の設置がないため
<input type="checkbox"/>	(5) 高K血症の予防のため	<input type="checkbox"/>	(6) その他
「(6) その他」の場合、50字以内で内容を記入してください			

3-9) 外来輸血について

1-192. 2020年4月～2021年3月の期間で外来にて輸血を行いましたか
(但し、救急外来での輸血は除く)

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 行った	<input type="checkbox"/>	(2) 行わなかった
「(2) 行わなかった」と回答した場合には、1-200へ進んでください。			

1-193. 2020年4月～2021年3月の期間に外来で各製剤を輸血した件数を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

製剤	件数
(1) 赤血球製剤	件
(2) 血小板製剤	件
(3) 血漿製剤	件

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

1-194. 外来輸血の実施場所として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 外来処置室	<input type="checkbox"/>	(2) 外来の空いている診察室	<input type="checkbox"/>	(3) 輸血部のベッド
<input type="checkbox"/>	(4) 病棟の空きベッド	<input type="checkbox"/>	(5) その他		

1-195. 外来輸血後、院内で経過観察する時間を設けていますか(会計等のための待ち時間は含みません)

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 設けている	<input type="checkbox"/>	(2) 設けていない
「(2) 設けていない」と回答した場合には、1-197へ進んでください。			

1-196. 経過観察する時間として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 30分未満	<input type="checkbox"/>	(2) 30分～60分	<input type="checkbox"/>	(3) 60分以上
--------------------------	-----------	--------------------------	-------------	--------------------------	-----------

1-197. 帰宅後に見られる輸血関連有害事象(または輸血副作用)の説明を行っていますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 文書・口頭で実施している	<input type="checkbox"/>	(2) 口頭で実施している
<input type="checkbox"/>	(3) 文章を渡すのみ	<input type="checkbox"/>	(4) 実施していない

1-198. 帰宅後に輸血関連有害事象が発生した時の連絡先の説明方法について当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 文書・口頭で実施している	<input type="checkbox"/>	(2) 口頭で実施している
<input type="checkbox"/>	(3) 文章を渡すのみ	<input type="checkbox"/>	(4) 実施していない

1-199. 2020年4月～2021年3月の期間に、外来輸血を受けて帰宅した後に輸血関連有害事象が発生した時の対応として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 連携医療機関で対応してもらった	<input type="checkbox"/>	(2) 近隣救急センターを利用してもらった
<input type="checkbox"/>	(3) 救急外来で対応した	<input type="checkbox"/>	(4) 翌日に外来を受診してもらった
<input type="checkbox"/>	(5) 往診した	<input type="checkbox"/>	(6) 電話連絡のみで済ませた
<input type="checkbox"/>	(7) 連絡はなかった	<input type="checkbox"/>	(8) 連絡を受ける体制がない
<input type="checkbox"/>	(9) その他		

3-10) 病院外(介護施設・在宅)輸血について

1-200. 2020年4月～2021年3月の期間に病院外(介護施設・在宅)で輸血を行いましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 行わなかった
<input type="checkbox"/>	(2) 関連病院と連携して介護施設・在宅両方で実施した
<input type="checkbox"/>	(3) 関連病院と連携して介護施設で実施した
<input type="checkbox"/>	(4) 関連病院と連携して在宅で実施した
<input type="checkbox"/>	(5) 関連病院と連携なく介護施設・在宅両方で実施した
<input type="checkbox"/>	(6) 関連病院と連携なく介護施設で実施した
<input type="checkbox"/>	(7) 関連病院と連携なく在宅で実施した

「(1) 行わなかった」と回答した場合には、1-221へ進んでください。

1-201. 病院外で輸血を実施した理由として当てはまるものについて、その件数を記入してください

(整数で記入してください)

理由	件数	理由	件数
(1) 病院まで距離が遠いため	件	(2) 通院困難	件
(3) 在宅治療を行っているため	件	(4) 終末期医療のため	件
(5) 病診連携で病院より依頼されたため	件	(6) 患者さんからの希望	件
(7) その他	件		

*理由として該当しないものには、必ず0を記入してください。

1-202. 問1-201で「(2) 通院困難」の場合、通院困難な理由として当てはまるものについて、その件数を記入してください

(整数で記入してください)

理由	件数	理由	件数
(1) 交通事情	件	(2) 寝たきり	件
(3) 身体障碍	件	(4) 認知症	件
(5) その他	件		

*理由として該当しないものには、必ず0を記入してください。

1-203. 問1-201で「(3) 在宅治療を行っているため」の場合、患者さんの疾患として当てはまるものについて、その件数を記入してください

(整数で記入してください)

理由	件数	理由	件数
(1) 腎臓疾患(透析など)	件	(2) 血液疾患(貧血など)	件
(3) 血液悪性疾患(MDS、白血病、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫など)	件	(4) 悪性新生物	件
(5) 消化器疾患(悪性新生物は除く)	件	(6) 産婦人科疾患(悪性新生物は除く)	件
(7) その他	件		

*理由として該当しないものには、必ず0を記入してください。

1-204. 病院外輸血のインフォームド・コンセント(IC)について当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 病院内輸血と同じ説明・同意書で行っている
<input type="checkbox"/>	(2) 病院外(介護施設・在宅)輸血用の説明・同意書を別に作成し使用している
<input type="checkbox"/>	(3) その他

1-205. 赤血球製剤の保存に用いている保冷庫として当てはまるものを選んでください

(以下該当する項目を○で囲んでください。)

<input type="checkbox"/>	(1) 血液製剤専用の自記式温度記録装置付き保冷庫	<input type="checkbox"/>	(2) 血液製剤専用で使用している保冷庫
<input type="checkbox"/>	(3) 薬品と同じ保冷庫	<input type="checkbox"/>	(4) 保冷ボックス
<input type="checkbox"/>	(5) その他		
「(5) その他」の場合、50字以内で内容を記入してください			

1-206. 複数人分の輸血用血液製剤を同じ場所で保管することがありますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/> (1) ある	<input type="checkbox"/> (2) ない
---------------------------------	---------------------------------

1-207. 病院外(介護施設・在宅)輸血での交差適合試験の実施について当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/> (1) 自院で必ず行っている
<input type="checkbox"/> (2) 院外の検査センターで必ず行っている
<input type="checkbox"/> (3) 関連病院で必ず行っている
<input type="checkbox"/> (4) 自院、院外の検査センターもしくは関連病院で必ず行っている
<input type="checkbox"/> (5) 症例によって実施したりしなかったりする
<input type="checkbox"/> (6) 実施していない

1-208. 輸血前後の感染症検査(HBV、HCV、HIV)の実施について当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/> (1) 院内と同様に実施している	<input type="checkbox"/> (2) ほとんど実施していない	<input type="checkbox"/> (3) その他
---	--	----------------------------------

1-209. 輸血前後の検体保存の実施について当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/> (1) 院内と同様に実施している	<input type="checkbox"/> (2) ほとんど実施していない	<input type="checkbox"/> (3) その他
---	--	----------------------------------

1-210. 病院外(介護施設・在宅)輸血を行う場合に実施困難な検査として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/> (1) 血液型検査の二重チェック	<input type="checkbox"/> (2) 血液型検査のウラ試験
<input type="checkbox"/> (3) 不規則抗体スクリーニング検査	<input type="checkbox"/> (4) 抗免疫グロブリン法による交差適合試験
<input type="checkbox"/> (5) 輸血前感染症検査(肝炎ウイルスマーカー)	<input type="checkbox"/> (6) 輸血後感染症検査(肝炎ウイルスマーカー)

1-211. 輸血の実施者として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/> (1) 輸血担当施設の医師	<input type="checkbox"/> (2) 輸血担当施設の看護師
<input type="checkbox"/> (3) 訪問看護ステーションの看護師	<input type="checkbox"/> (4) 連携病院の看護師
<input type="checkbox"/> (5) その他	

1-212. 病院外(介護施設・在宅)輸血後の患者観察(5分後、15分後)の実施について当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/> (1) 病院内輸血と同様に行っている	<input type="checkbox"/> (2) 不十分ながら担当者が行っている
<input type="checkbox"/> (3) ほとんど行っていない	

1-213. 輸血中に付添う医療従事者として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/> (1) 輸血担当施設の医師	<input type="checkbox"/> (2) 輸血担当施設の看護師
<input type="checkbox"/> (3) 訪問看護ステーションの看護師	<input type="checkbox"/> (4) 連携病院の看護師
<input type="checkbox"/> (5) その他	

1-214. 輸血中に医療従事者以外で付き添う方として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/> (1) 患者さんの家族	<input type="checkbox"/> (2) 患者さんの隣人・知人	<input type="checkbox"/> (3) ヘルパー
<input type="checkbox"/> (4) いない(独居)	<input type="checkbox"/> (5) その他	
「(5) その他」の場合、50字以内で内容を記入してください		

1-215. 輸血終了時の抜針の実施者として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 輸血担当施設の医師	<input type="checkbox"/>	(2) 輸血担当施設の看護師
<input type="checkbox"/>	(3) 訪問看護ステーションの看護師	<input type="checkbox"/>	(4) 連携病院の看護師
<input type="checkbox"/>	(5) その他		

1-216. 輸血バッグの廃棄方法として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 輸血担当施設で廃棄	<input type="checkbox"/>	(2) 訪問看護ステーションで廃棄
<input type="checkbox"/>	(3) 連携病院で廃棄	<input type="checkbox"/>	(4) その他

1-217. 病院外(介護施設・在宅)輸血に際して、自施設で困難な項目を全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 輸血開始	<input type="checkbox"/>	(2) 輸血中の観察
<input type="checkbox"/>	(3) 輸血終了中の有害事象への対応	<input type="checkbox"/>	(4) 輸血後の抜針
<input type="checkbox"/>	(5) 輸血終了後の輸血バッグの廃棄	<input type="checkbox"/>	(6) 輸血終了後(患者を離れた後)の有害事象への対応

1-218. 病院外(介護施設・在宅)輸血に際して、訪問看護ステーションで実施困難な項目を全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 輸血開始	<input type="checkbox"/>	(2) 輸血中の観察
<input type="checkbox"/>	(3) 輸血終了中の有害事象への対応	<input type="checkbox"/>	(4) 輸血後の抜針
<input type="checkbox"/>	(5) 輸血終了後の輸血バッグの廃棄	<input type="checkbox"/>	(6) 輸血終了後(患者を離れた後)の有害事象への対応

1-219. 2020年4月～2021年3月の期間で行った病院外(介護施設・在宅)輸血の延べ件数と総単位数を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

製剤	件数	単位数
(1) 赤血球製剤	件	単位
(2) 血小板製剤	件	単位
(3) 血漿製剤	件	単位

1-220. 病院外(介護施設・在宅)輸血後の副作用発症時の対応策として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 病院内輸血と同様に行っている
<input type="checkbox"/>	(2) 連絡をもらい適切な処置をとるように決めている
<input type="checkbox"/>	(3) 関連病院と連携をとり適切な処置を取るように決めている
<input type="checkbox"/>	(4) 特に決めていない

3-11) 輸血副作用について

1-221. 2020年4月～2021年3月の期間で、輸血副作用が発生しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 発生した	<input type="checkbox"/>	(2) 発生しなかった
<input type="checkbox"/>	(3) 把握していない		

「(2) 発生しなかった」または「(3) 把握していない」と回答した場合には、1-223へ進んでください。

1-222. 2020年4月～2021年3月の期間で、輸血副作用が発生した件数を記入してください

(整数で記入してください)

副作用	件数	副作用	件数
(1) 発熱	件	(2) 悪寒・戦慄	件
(3) 熱感・ほてり	件	(4) 掻痒感・かゆみ	件
(5) 発赤・顔面紅潮	件	(6) 発疹・蕁麻疹	件
(7) 呼吸困難	件	(8) 嘔気・嘔吐	件
(9) 胸痛・腹痛・腰背部痛	件	(10) 頭痛・頭重感	件
(11) 血圧低下	件	(12) 血圧上昇	件
(13) 動悸・頻脈	件	(14) 血管痛	件
(15) 意識障害	件	(16) 赤褐色尿	件
(17) その他	件		

*該当しない項目には、必ず0を記入してください。

3-12) へき地・離島における輸血管理について

※へき地とは、「無医地区J1」、「準無医地区（無医地区に準じる地区）J2」などのへき地保健医療対実施することが必要とされている地域とする

- 1) 無医地区とは、医療機関のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点として概ね半径 4Km の区域内に人口50人以上が居住している地域で、かつ容易に医療機関を利用することができない地区を指す
- 2) 準無医地区とは、無医地区には該当しないが、無医地区に準じ医療の確保が必要な地区と各都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議し適当と認めた地区を指す

1-223. 貴施設の所在地として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) へき地	(2) 離島
(3) どちらにも該当しない	

「(3) どちらにも該当しない」と回答した場合には、1-245へ進んでください。

1-224. 血液センターからの血液製剤の定期搬送にかかる時間として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 1.0～1.4時間	(2) 1.5～1.9時間	(3) 2.0～2.4時間
(4) 2.5～2.9時間	(5) 3.0～3.9時間	(6) 4.0～4.9時間
(7) 5.0～5.9時間	(8) 6.0～6.9時間	(9) 7.0時間以上

1-225. 貴施設はへき地・離島で中核となる医療機関ですか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) はい	(2) いいえ
--------	---------

1-226. 貴施設は地域医療支援病院ですか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) はい	(2) いいえ
--------	---------

1-227. 貴施設は輸血管理料を算定していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 算定している	(2) 算定していない
------------	-------------

「(2) 算定していない」と回答した場合には、1-229へ進んでください。

1-228. 輸血管理料の算定項目として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 輸血管理料Ⅰの施設基準のみ	(2) 輸血管理料Ⅰの施設基準+適正使用加算
(3) 輸血管理料Ⅱの施設基準のみ	(4) 輸血管理料Ⅱの施設基準+適正使用加算

1-229. 貴施設は地域の合同輸血療法委員会に参加していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 参加している	<input type="checkbox"/>	(2) 参加していない
「(2) 参加していない」と回答した場合には、1-231 へ進んでください。			

1-230. 地域の合同輸血療法委員会で僻地・離島の輸血医療連携について検討したことはありますか

(以下該当する項目を○で囲んでください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ない
「(1) ある」場合、50 字以内でその内容を記入してください			

1-231. 貴施設では過去に地域の医療施設へ緊急避難的に血液製剤を供給したことがありますか

(以下該当する項目を○で囲んでください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ない
<input type="checkbox"/>	(3) 不明		
「(1) ある」場合、その施設数を整数で記入してください			施設

1-232. 貴施設では過去に地域の病院から緊急避難的に血液製剤を受領したことがありますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ない
<input type="checkbox"/>	(3) 不明		

1-233. 貴施設では緊急避難的な血液製剤の供給・受領についてのマニュアルがありますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ない
--------------------------	--------	--------------------------	--------

1-234. 貴施設の所在地域では緊急避難的な血液の融通を行う必要がありますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ない
<input type="checkbox"/>	(3) 不明		

1-235. 貴施設では輸血医療を行っている小規模医療機関に対して技術的な指導を行うことは可能ですか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 可能	<input type="checkbox"/>	(2) 不可能
<input type="checkbox"/>	(3) 当院が小規模医療機関		
「(2) 不可能」または、「(3) 当院が小規模医療機関」と回答した場合には、1-237 へ進んでください。			

1-236. 貴施設で実施可能な指導として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 実技講習会	<input type="checkbox"/>	(2) 教育講演会
<input type="checkbox"/>	(3) 連携会議	<input type="checkbox"/>	(4) 出張指導
<input type="checkbox"/>	(5) 問題発生時の相談体制	<input type="checkbox"/>	(6) その他
「(6) その他」の場合、50 字以内で内容を記入してください			

1-237. 貴施設ではブラッドローテーション(BR)を行う要望がありますか

*BR;離島・僻地の医療機関に定期的に輸血用血液を搬送し、一定期間在庫血として運用後、未使用の血液を血液センターが回収し、大規模病院へ再出庫することにより有効利用を図るシステム

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ない
<input type="checkbox"/>	(3) どちらともいえない		
「(2) ない」または、「(3)どちらともいえない」と回答した場合には、1-239 へ進んでください。			

1-238. 問 1-237 で「(1) ある」と回答された施設へ、ATR の使用(活用)を希望しますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 希望する	<input type="checkbox"/>	(2) 希望しない
「(1) 希望する」場合、台数を記入して下さい			台

1-239. 貴施設の所在地域でBRを検討したことがありますか

(以下該当する項目を○で囲んでください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ない
「(1) ある」場合、50 字以内でその詳細を記入してください			

1-240. 貴施設では輸血が必要な重篤な病態をもつ患者の受け入れが可能ですか

(以下該当する項目を○で囲んでください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 可能	<input type="checkbox"/>	(2) 不可能
<input type="checkbox"/>	(3) 病態による		
「(3)病態による」の場合、50 字以内で受け入れができない病態を記入してください			

1-241. 貴施設の所在地域の自治体に輸血医療の地域連携についての要請・相談などをしたことがありますか

(以下該当する項目を○で囲んでください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ない
「(1) ある」場合、50 字以内でその内容と結果を記入してください			

1-242. 貴施設の所在地域の血液センターに輸血の搬送体制等の要請・相談などをしたことがありますか

(以下該当する項目を○で囲んでください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ない
「(1) ある」場合、50 字以内でその内容と結果を記入してください			

1-243. 貴施設の所在地域での自治体や血液センターとの輸血医療連携について問題点があれば記入してください

(概要を枠の中に 50 字以内で記入してください)

--

1-244. 貴施設の所在地域以外の自治体・血液センターとの輸血医療連携について問題点があれば記入してください

(概要を枠の中に 50 字以内で記入してください)

--

3-13) 自己血製剤使用の実績について

1-245. 2020 年 4 月～2021 年 3 月の期間で自己血(貯血式・希釈式・回収式)を使用しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 使用した	(2) 使用しなかった
「(2) 使用しなかった」と回答した場合には、1-261 へ進んでください。	

1-246. 2020 年 4 月～2021 年 3 月の期間で貯血式自己血を使用しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 使用した	(2) 使用しなかった
「(2) 使用しなかった」と回答した場合には、1-253 へ進んでください。	

1-247. 2020 年 4 月～2021 年 3 月の期間で貯血式自己血採血の症例数(実患者数)を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

	実患者数
(1) 貯血式自己血採血の症例数(実患者数)	人

1-248. 2020 年 4 月～2021 年 3 月の期間で貯血式自己血採血の総件数を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

	採血件数
(1) 貯血式自己血採血の総件数	件

1-249. 2020 年 4 月～2021 年 3 月の期間で使用した貯血式自己血の使用総袋(本)数を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

製剤種	使用総袋(本)数
(1) 貯血式自己血(200mL)	袋(本)
(2) 貯血式自己血(400mL)	袋(本)

*全血で 100～200mL までを 200mL、200 mL 以上を 400mL と換算して回答してください。

*使用がなかった製剤には、必ず 0 を記入してください。

1-250. 2020 年 4 月～2021 年 3 月の期間で使用せずに廃棄した貯血式自己血はありましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) あった	(2) なかった
「(2) なかった」と回答した場合には、1-252 へ進んでください。	

1-251. 2020 年 4 月～2021 年 3 月の期間で使用せずに廃棄した、貯血式自己血の総袋(本)数を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

製剤種	廃棄総袋(本)数
(1) 貯血式自己血(200mL)	袋(本)
(2) 貯血式自己血(400mL)	袋(本)

*全血で 100～200mL までを 200mL、200 mL 以上を 400mL と換算して回答してください。

*廃棄がなかった製剤には、必ず 0 を記入してください。

1-252. 2020年4月～2021年3月の期間で貯血式自己血輸血の実績(実際に輸血されたもの)を記入してください

(整数で記入してください)

製剤	使用単位数	製剤	使用単位数
(1) 全血	単位	(2) MAP	単位
(3) FFP	単位	(4) フィブリン糊	単位
(5) 血小板糊	単位		

*使用がなかった製剤には、必ず0を記入してください。

1-253. 2020年4月～2021年3月の期間で希釈式自己血を使用しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 使用した	<input type="checkbox"/>	(2) 使用しなかった
--------------------------	----------	--------------------------	-------------

「(2) 使用しなかった」と回答した場合には、1-255へ進んでください。

1-254. 2020年4月～2021年3月の期間で使用した、希釈式自己血の使用総袋(本)数を記入してください。

(枠の中に整数で記入してください)

製剤種	使用総袋(本)数
(1) 希釈式自己血(200mL)	袋(本)
(2) 希釈式自己血(400mL)	袋(本)

*全血で100～200mLまでを200mL、200mL以上を400mLと換算して回答してください。

*使用がなかった製剤には、必ず0を記入してください。

1-255. 2020年4月～2021年3月の期間で回収式自己血を使用しましたか

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 使用した(濃縮・洗浄法)	<input type="checkbox"/>	(2) 使用した(濾過法)	<input type="checkbox"/>	(3) 使用しなかった
--------------------------	------------------	--------------------------	---------------	--------------------------	-------------

「(3) 使用しなかった」と回答した場合には、1-259へ進んでください。

1-256. 2020年4月～2021年3月の期間で使用した、回収式自己血の件数と使用総量を記入してください。

(枠の中に整数で記入してください)

製剤種	件数	使用総量
(1) 回収式自己血使用総量	件	mL

1-257. 2020年4月～2021年3月の期間で回収式自己血を手術室から移動した後で輸血を開始し使用しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 使用した	<input type="checkbox"/>	(2) 使用しなかった
--------------------------	----------	--------------------------	-------------

1-258. 手術室、集中治療室、など輸血部門以外で回収式自己血の一時保管はありますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ない
--------------------------	--------	--------------------------	--------

1-259. 自己フィブリン糊の作製について当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 自己クリオプレシピテート(用手法)を作製している
<input type="checkbox"/>	(2) 自己フィブリン糊(調製装置法)を作製している
<input type="checkbox"/>	(3) 自己クリオプレシピテート(用手法)と自己フィブリン糊(調製装置法)の両方を作製している
<input type="checkbox"/>	(4) いいえ(将来作製予定)
<input type="checkbox"/>	(5) いいえ(今後も作製する予定はない)

「(4)、(5) いいえ」と回答した場合には、1-261へ進んでください。

1-260. 自己フィブリン糊を使用している診療科として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 脳神経外科・間脳下垂体外科	<input type="checkbox"/>	(2) 心臓血管外科
<input type="checkbox"/>	(3) 整形外科	<input type="checkbox"/>	(4) 産婦人科
<input type="checkbox"/>	(5) 呼吸器外科	<input type="checkbox"/>	(6) 消化器外科・肝胆膵外科
<input type="checkbox"/>	(7) 歯科・口腔外科	<input type="checkbox"/>	(8) 耳鼻咽喉科
<input type="checkbox"/>	(9) 皮膚科・形成外科	<input type="checkbox"/>	(10) 消化器内科
<input type="checkbox"/>	(11) その他		
「その他」の場合、50字以内で内容を記入してください			

3-14) 血漿分画製剤の使用実績について

1-261. 2020年4月～2021年3月の期間で下記の該当する血漿分画製剤を使用しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 使用した	<input type="checkbox"/>	(2) 使用しなかった
「(2) 使用しなかった」と回答した場合には、1-283へ進んでください。			

【参考資料5: 該当する血漿分画製剤】

アルブミン製剤	等張アルブミン製剤(5%) 高張アルブミン製剤(20%)、高張アルブミン製剤(25%)
加熱人血漿蛋白	等張アルブミン製剤(4.4%)
免疫グロブリン製剤(静注)	免疫グロブリン製剤: 静注(5%) 免疫グロブリン製剤: 静注(10%)
免疫グロブリン製剤(皮下注)	免疫グロブリン製剤: 皮下注(20%)

*免疫グロブリン製剤に、抗Dグロブリン、抗HBs人免疫グロブリン、破傷風グロブリン等の特殊免疫グロブリンや筋注用免疫グロブリン製品(グロブリン筋注等)およびヒスタミン加免疫グロブリン製剤(ヒスタグロビン)、さらにヒト胸腺細胞ウサギ免疫グロブリン製剤(サイモグロブリン等)などの動物製剤は含みません

3-15) アルブミン製剤の使用実績について

1-262. 2020年4月～2021年3月の期間でアルブミン製剤(等張アルブミン製剤:5%、高張アルブミン製剤:20%、高張アルブミン製剤:25%)を使用しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 使用した	<input type="checkbox"/>	(2) 使用しなかった
「(2) 使用しなかった」と回答した場合には、1-264へ進んでください。			

1-263. 2020年4月～2021年3月の期間でアルブミン製剤(等張アルブミン製剤:5%、高張アルブミン製剤:20%、高張アルブミン製剤:25%)の使用本数を、国産・輸入別、規格別に記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

製剤規格	国産 (採血国:日本)	輸入(採血国: 海外、献血)	輸入(採血国: 海外、非献血)	国産・輸入の 詳細不明	合計 (本)
(1) 等張アルブミン製剤 5% (5.0g/100mL)	本	本	本	本	本
(2) 等張アルブミン製剤 5% (12.5g/250 mL)	本	本	本	本	本
(3) 高張アルブミン製剤 20% (4.0g/20 mL)	本	本	本	本	本
(4) 高張アルブミン製剤 20% (10.0g/50 mL)	本	本	本	本	本
(5) 高張アルブミン製剤 25% (5.0g/20 mL)	本	本	本	本	本
(6) 高張アルブミン製剤 25% (12.5g/50 mL)	本	本	本	本	本

*使用がなかった製剤には、必ず0を記入してください。

*総量(g数)は、システムで自動計算します。

*製剤の組成で海外献血、海外非献血の両方の表示がある場合、海外非献血を選択してください。

3-16) 加熱人血漿蛋白製剤の使用実績について

1-264. 2020年4月～2021年3月の期間で加熱人血漿蛋白(等張アルブミン製剤:4.4%)を使用しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/> (1) 使用した	<input type="checkbox"/> (2) 使用しなかった
「(2) 使用しなかった」と回答した場合には、1-266へ進んでください。	

1-265. 2020年4月～2021年3月の期間での加熱人血漿蛋白製剤(等張アルブミン製剤:4.4%)の使用本数を、規格別に記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

製剤規格	合計 (本)
(1) 加熱人血漿蛋白製剤 4.4% (4.4g/100mL)	本
(2) 加熱人血漿蛋白製剤 4.4% (11.0g/250mL)	本

*使用がなかった製剤には、必ず0を記入してください。

*総量(g数)は、システムで自動計算します。

3-17) 免疫グロブリン製剤(静注)の使用実績について

1-266. 2020年4月～2021年3月の期間で免疫グロブリン製剤(静注)を使用しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/> (1) 使用した	<input type="checkbox"/> (2) 使用しなかった
「(2) 使用しなかった」と回答した場合には、1-272へ進んでください。	

1-267. 2020年4月～2021年3月の期間での免疫グロブリン製剤(静注)の使用本数を、規格別に記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

製剤種	使用本数
(1) 免疫グロブリン製剤:静注 5% (0.5g/10mL)	本
(2) 免疫グロブリン製剤:静注 5% (1.0g/20mL)	本
(3) 免疫グロブリン製剤:静注 5% (2.5g/50mL)	本
(4) 免疫グロブリン製剤:静注 5% (5.0g/100mL)	本
(5) 免疫グロブリン製剤:静注 5% (10.0g/200mL)	本
(6) 免疫グロブリン製剤:静注 10% (0.5g/5mL)	本
(7) 免疫グロブリン製剤:静注 10% (2.5g/25mL)	本
(8) 免疫グロブリン製剤:静注 10% (5.0g/50mL)	本
(9) 免疫グロブリン製剤:静注 10% (10.0g/100mL)	本
(10) 免疫グロブリン製剤:静注 10% (20.0g/200mL)	本

*使用がなかった製剤には、必ず0を記入してください。

*総量(g数)は、システムで自動計算します。

1-268. 2020年4月～2021年3月の期間での免疫グロブリン製剤(静注)の投与患者数について

(枠の中に人数を整数で記入してください)

	実患者数
(1) 免疫グロブリン製剤(静注)投与患者数	人

*該当者がいない場合には必ず0を記入してください。

1-269. 2020年4月～2021年3月の期間で使用した免疫グロブリン製剤(静注)の、総本数と総グラム数を診療科別記入してください

(枠の中に使用本数は整数で、使用グラム数は小数点第一位まで記入してください)

診療科	使用本数	使用グラム数	診療科	使用本数	使用グラム数
(1) 心臓血管外科	本	g	(2) 消化器外科	本	g
(3) 脳神経外科	本	g	(4) 呼吸器外科	本	g
(5) 整形外科	本	g	(6) 産婦人科	本	g
(7) 皮膚科・形成外科	本	g	(8) 泌尿器科	本	g
(9) その他の外科	本	g	(10) 血液内科	本	g
(11) 循環器内科	本	g	(12) 消化器内科	本	g
(13) 呼吸器内科	本	g	(14) 腎臓内科	本	g
(15) 神経内科	本	g	(16) 膠原病リウマチ科	本	g
(17) 内分泌代謝科	本	g	(18) その他の内科	本	g
(19) 精神科・心療内科	本	g	(20) 小児科	本	g
(21) 腫瘍治療科	本	g	(22) 救急科	本	g
(23) 歯科・口腔外科	本	g	(24) その他の診療科	本	g

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

1-270. 2020年4月～2021年3月の期間で使用した免疫グロブリン製剤(静注)の総本数と総グラム数を使用場所別に記入してください

(枠の中に使用本数は整数で、使用グラム数は小数点第一位まで記入してください)

使用場所	使用本数	使用グラム数	使用場所	使用本数	使用グラム数
(1) 病棟	本	g	(2) 外来	本	g
(3) 救急外来	本	g	(4) 手術室	本	g
(5) 集中治療室	本	g	(6) 医療機関外	本	g
(7) その他	本	g			

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

1-271. 免疫グロブリン製剤(静注)について 2020 年 4 月～2021 年 3 月の期間で使用した製剤の適応疾患の件数と総使用グラム数を記入してください

(枠の中に、件数は整数で、使用グラム数は小数第一位までで記入してください)

適応疾患	件数	総使用グラム数
(1) 重症感染症	件	g
(2) 低・無ガンマグロブリン血症	件	g
(3) 川崎病	件	g
(4) ギラン・バレー症候群	件	g
(5) 特発性血小板減少性紫斑病	件	g
(6) 慢性炎症性脱髄性多発根神経炎	件	g
(7) 多発筋炎・皮膚筋炎	件	g
(8) 重症筋無力症	件	g
(9) 天疱瘡	件	g
(10) チャーグ・ストラウス症候群	件	g
(11) スティーブンス・ジョンソン症候群	件	g
(12) 血清 IgG2 値の低下を伴う急性中耳炎および呼吸器感染症	件	g
(13) 抗ドナー抗体陽性腎移植における術前脱感作	件	g
(14) 視神経炎急性期	件	g
(15) その他	件	g

*該当のない項目には、必ず 0 を記入してください。

3-18) 免疫グロブリン製剤(皮下注)の使用実績について

1-272. 2020 年 4 月～2021 年 3 月の期間で免疫グロブリン製剤(皮下注)を使用しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 使用した	(2) 使用しなかった
----------	-------------

「(2) 使用しなかった」と回答した場合には、1-283 へ進んでください。

1-273. 2020 年 4 月～2021 年 3 月の期間で免疫グロブリン製剤(皮下注)の使用本数を、規格別に記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

製剤規格	使用本数
(1) 免疫グロブリン製剤:皮下注 20% (1.0g/5mL)	本
(2) 免疫グロブリン製剤:皮下注 20% (2.0g/10mL)	本
(3) 免疫グロブリン製剤:皮下注 20% (4.0g/20mL)	本

*使用がなかった製剤には、必ず 0 を記入してください。

*総量(g 数)は、システムで自動計算します。

1-274. 2020 年 4 月～2021 年 3 月の期間で免疫グロブリン製剤(皮下注)の投与患者数を記入してください

(枠の中に人数を整数で記入してください)

	実患者数
(1) 免疫グロブリン製剤(皮下注)投与患者数	人

*該当者がいない場合には必ず 0 を記入してください。

1-275. 2020年4月～2021年3月の期間で使用した免疫グロブリン製剤(皮下注)の、総本数と総グラム数を診療科別に記入してください

(枠の中に使用本数は整数で、使用グラム数は小数点第一位まで記入してください)

診療科	使用本数	使用グラム数	診療科	使用本数	使用グラム数
(1) 心臓血管外科	本	g	(2) 消化器外科	本	g
(3) 脳神経外科	本	g	(4) 呼吸器外科	本	g
(5) 整形外科	本	g	(6) 産婦人科	本	g
(7) 皮膚科・形成外科	本	g	(8) 泌尿器科	本	g
(9) その他の外科	本	g	(10) 血液内科	本	g
(11) 循環器内科	本	g	(12) 消化器内科	本	g
(13) 呼吸器内科	本	g	(14) 腎臓内科	本	g
(15) 神経内科	本	g	(16) 膠原病リウマチ科	本	g
(17) 内分泌代謝科	本	g	(18) その他の内科	本	g
(19) 精神科・心療内科	本	g	(20) 小児科	本	g
(21) 腫瘍治療科	本	g	(22) 救急科	本	g
(23) 歯科・口腔外科	本	g	(24) その他の診療科	本	g

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

1-276. 2020年4月～2021年3月の期間で使用した免疫グロブリン製剤(皮下注)の総本数と総グラム数を使用場所別に記入してください

(枠の中に使用本数は整数で、使用グラム数は小数点第一位まで記入してください)

使用場所	使用本数	使用グラム数	使用場所	使用本数	使用グラム数
(1) 病棟	本	g	(2) 外来	本	g
(3) 救急外来	本	g	(4) 手術室	本	g
(5) 集中治療室	本	g	(6) 医療機関外	本	g
(7) その他	本	g			

*使用がなかった項目には、必ず0を記入してください。

1-277. 2020年4月～2021年3月の期間で使用した免疫グロブリン製剤(皮下注)の適応疾患の件数と総使用グラム数を記入してください

(枠の中に件数は整数で、使用グラム数は小数点第一位まで記入してください)

適応疾患	件数	総使用グラム数
(1) 低・無ガンマグロブリン血症	件	g
(2) 慢性炎症性脱髄性多発根神経炎の運動機能低下の進行抑制	件	g
(3) その他	件	g

*該当のない項目には、必ず0を記入してください。

1-278. 在宅使用における皮下注用免疫グロブリン製剤を供給していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 供給している	(2) 供給していない
「(2) 供給していない」と回答した場合には、1-283へ進んでください。	

1-279. 在宅使用のための皮下注用免疫グロブリン製剤の供給について当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 薬剤部から供給している
(2) 輸血部門から供給している
(3) 院外処方箋を渡している
(4) 診療科にストックされた製剤を診療科医師が渡している
(5) その他

1-280. 2020年4月～2021年3月の期間での皮下注用免疫グロブリン製剤の在宅使用について、使用実患者数と使用量について記入してください

(枠の中に実患者数は整数でグラム数は小数点1位で記入してください)

	使用実患者数	使用総グラム数
(1) 在宅使用の免疫グロブリン製剤(皮下注)	人	g

*該当のない項目には、必ず0を記入してください。

1-281. 皮下注用免疫グロブリン製剤の在宅での使用記録の管理について当てはまるものを全て選んでください
(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/> (1) 薬剤部門が把握している	<input type="checkbox"/> (2) 輸血部門が把握している
<input type="checkbox"/> (3) 診療科医師が把握している	<input type="checkbox"/> (4) 把握していない

1-282. 皮下注用免疫グロブリン製剤の在宅使用記録の内容について当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/> (1) 使用日時	<input type="checkbox"/> (2) ロット番号
<input type="checkbox"/> (3) 副作用の有無	<input type="checkbox"/> (4) 使用記録は返却されていないのでわからない

【4】 その他

1-283. 貴施設の回答内容を確認するために事務局からの問い合わせに対応いただけますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 対応できる	(2) 対応できない
「(1) 対応できる」場合には、問い合わせ担当者の所属・氏名・電話番号メールアドレスを記入してください	

【5】 一般社団法人 日本輸血・細胞治療学会 詳細調査

ここからは、各医療施設における医療過誤発生状況、院内調製製剤使用状況および細胞治療実施状況などを把握する趣旨で、日本輸血・細胞治療学会が独自に行う調査です。

5-1) 異型適合血および輸血副作用の実態について

2-1. 2020年4月～2021年3月の期間で輸血過誤による ABO 型異型輸血、間違った同型輸血が発生しましたか

- * 臨床症状の有無にかかわらず赤血球製剤、凍結血漿、血小板製剤、全血のすべての製剤および自己血を対象とします
- * 緊急時に選択した異型適合輸血は除きます

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 発生した	(2) 発生しなかった	(3) 不明
「(1) 発生した」場合、その件数を整数で記入してください		件
「(1) 発生した」場合、別紙1で症例を報告してください。複数症例がある場合は、別紙1をコピーして症例ごとに報告してください。		

* 以下の質問にある重篤な症例については、【副作用の重篤度】を参考にしてください。

【副作用の重篤度】

重症度レベル	説明
軽微、中等度 Non-Severe	・医学的な処置が必要な場合であっても、入院処置、入院期間の延長は不要であり、永続的な身体機能の障害・機能不全を認めないもの
重篤 Severe Life-threatening Death	・入院処置が必要となったもの、入院期間の延長が必要になったもの ・永続的な身体機能の障害・機能不全を認めるもの ・生命を脅かすもの ・死に至るもの

(日本赤十字血液センター調査資料より)(ISBT-working party; not confirmed)

2-2. 2020年4月～2021年3月の期間で輸血用血液製剤(赤血球製剤、血小板製剤、血漿製剤)の ABO 異型適合血輸血を実施した事例はありましたか。

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) あった	(2) なかった	(3) 不明
「(2) なかった」または「(3) 不明」と回答した場合には、2-4へ進んでください		

2-3. 2020年4月～2021年3月の期間で輸血用血液製剤のABO異型適合血輸血を実施した事例数を記入してください。

(枠の中に整数で記入してください)

(1) 同型血入手不能時のO型赤血球製剤の輸血事例数	件
(2) 同型血入手不能時のO型以外の赤血球製剤輸血事例数	件
(3) 血液型未確定時のO型赤血球製剤輸血事例数	件
(4) 血液型未確定時のO型以外の赤血球製剤輸血事例数	件
(5) 造血幹細胞移植による異型輸血事例数	件
(6) 造血幹細胞移植以外の移植による異型輸血事例数	件
(7) その他(理由を下の枠内に記入してください)事例数	件
(8)合計事例数	件
「(7)その他」の場合、50字以内でその理由を記入してください	

2-4. 2020年4月～2021年3月の期間でABO異型輸血、間違った同型輸血以外の重篤な溶血性副作用(輸血過誤以外)が発生しましたか

* Rh陰性患者にRh陽性製剤を輸血した場合、不規則抗体陽性患者に抗原陽性血を輸血した場合、ABO以外の不適合なしの場合も含まれます。

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 発生した	(2) 発生しなかった	(3) 不明
「(1) 発生した」場合、その件数を整数で記入してください		件

2-5. 2020年4月～2021年3月の期間で輸血関連急性肺障害(TRALI)が発生しましたか(疑い例も含む)

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 発生した	(2) 発生しなかった	(3) 不明
「(1) 発生した」場合、その件数を整数で記入してください		件
「(1) 発生した」場合、別紙2で症例を報告してください。複数症例がある場合は、別紙2をコピーして症例ごとに報告してください。		

2-6. 2020年4月～2021年3月の期間で重症アレルギー反応が、発生しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 発生した	(2) 発生しなかった	(3) 不明
「(1) 発生した」場合、その件数を整数で記入してください		件
「(1) 発生した」場合、別紙2で症例を報告してください。複数症例がある場合は、別紙2をコピーして症例ごとに報告してください。		

2-7. 2020年4月～2021年3月の期間で移植片対宿主病(GVHD)が発生しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 発生した	(2) 発生しなかった	(3) 不明
「(1) 発生した」場合、その件数を整数で記入してください		件
「(1) 発生した」場合、別紙2で症例を報告してください。複数症例がある場合は、別紙2をコピーして症例ごとに報告してください。		

2-8. 2020年4月～2021年3月の期間で輸血による重篤な細菌感染症を発生しましたか(疑い例も含む)
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 発生した	(2) 発生しなかった	(3) 不明
「(1) 発生した」場合、その件数を整数で記入してください		件
「(1) 発生した」場合、別紙2で症例を報告してください。複数症例がある場合は、別紙2をコピーして症例ごとに報告してください。		

2-9. 2020年4月～2021年3月の期間で輸血関連循環過負荷(TACO)が発生しましたか
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 発生した	(2) 発生しなかった	(3) 不明
「(1) 発生した」場合、その件数を整数で記入してください		件
「(1) 発生した」場合、別紙2で症例を報告してください。複数症例がある場合は、別紙2をコピーして症例ごとに報告してください。		

2-10. 2020年4月～2021年3月の期間で上記(問2-4～問2-9)以外の重篤な副作用が発生しましたか
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 発生した	(2) 発生しなかった	(3) 不明
「(1) 発生した」場合、その件数を整数で記入してください		件
「(1) 発生した」場合、別紙2で症例を報告してください。複数症例がある場合は、別紙2をコピーして症例ごとに報告してください。		

5-2) 輸血管管理料について

2-11. 輸血管管理料取得の有無について当てはまるものを1つ選んでください
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 輸血管管理料Ⅰを取得している	(2) 輸血管管理料Ⅱを取得している
(3) 取得していない	
「(3)取得していない」と回答した場合には2-14へ進んでください。	

2-12. 輸血適正使用加算取得の有無について当てはまるものを1つ選んでください
(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 輸血適正使用加算を取得している	(2) 取得していない
「(1) 輸血適正使用加算を取得している」と回答した場合には2-15へ進んでください。	

2-13. 問2-12で「(2)取得していない」と回答された施設にうかがいます。取得できない理由として当てはまるもの全てを選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

(1) FFP/RBCの基準をクリアできない	(2) ALB/RBCの基準をクリアできない
(3) その他	
「(3)その他」の場合、50字以内でその理由を記入してください	

2-14. 問 2-11 で「(3)取得していない」を選択した施設にお尋ねします。取得できない理由として当てはまるもの全てを選んでください

(以下該当する項目に☑してください、複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 輸血療法委員会の開催回数をクリアできない
<input type="checkbox"/>	(2) 専任(専従)の輸血責任医師が配置されていない
<input type="checkbox"/>	(3) 専任(専従)の常勤臨床検査技師が配置されていない
<input type="checkbox"/>	(4) 輸血製剤及びアルブミン製剤の一元管理がされていない
<input type="checkbox"/>	(5) 指定された輸血関連検査が常時実施できる体制ではない
<input type="checkbox"/>	(6) 輸血前後の感染症検査ができない
<input type="checkbox"/>	(7) 輸血前後の検体保存ができない
<input type="checkbox"/>	(8) 副作用監視体制ができない
<input type="checkbox"/>	(9) 輸血療法の実施に関する指針及び血液製剤の使用指針が厳守できていない

2-15. 貯血式自己血輸血管理体制加算の取得の有無について当てはまるものを 1 つを選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください、単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 取得している	<input type="checkbox"/>	(2) 取得する予定	<input type="checkbox"/>	(3) 取得する予定なし
--------------------------	------------	--------------------------	------------	--------------------------	--------------

5-3) 大量出血時の輸血について

2-16. 2020 年 4 月～2021 年 3 月の期間で大量出血のため 1 日につき赤血球液 10 単位以上輸血した症例はありましたか

(以下該当する項目に○を付けてください、単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) あった	<input type="checkbox"/>	(2) なかった
「(2) なかった」と回答した場合には 2-23 へ進んでください			

2-17. 貴施設では大量出血・大量輸血時の凝固障害に使用する製剤として当てはまるものを 1 つを選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください、単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 新鮮凍結血漿のみ
<input type="checkbox"/>	(2) 新鮮凍結血漿＋クリオプレシピテート
<input type="checkbox"/>	(3) 新鮮凍結血漿＋フィブリノゲン濃縮製剤
<input type="checkbox"/>	(4) 新鮮凍結血漿＋クリオプレシピテート、または新鮮凍結血漿＋フィブリノゲン濃縮製剤
「(1) 新鮮凍結血漿のみ」と回答した場合には、2-23 へ進んでください。それ以外の場合は以下の質問に回答してください	

2-18. 問 2-17 で「(2)～(4)」と答えた施設では、クリオプレシピテートおよびフィブリノゲン濃縮製剤の投与基準を決めていますか

(以下該当する項目に○を付けてください、単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 決めている	<input type="checkbox"/>	(2) 決めてない
「(2) 決めていない」と回答した場合には、2-20 へ進んでください			

2-19. 問 2-18 で「(1) 決めている」と答えた施設での、クリオプレシピテートおよびフィブリノゲン濃縮製剤の投与基準を記入してください

(枠の中に「出血量」「フィブリノゲン値」は整数、「PT 値」は小数第一位まで記入してください)

(1) 出血量	mL
(2) PT 値	%
(3) フィブリノゲン値	mg/dL
(4) その他(詳細を 50 字以内で記入してください)	

2-20. 問 2-17 で「(2)および(4)」と答えた施設で、2020 年 4 月～2021 年 3 月の期間で作成し使用したクリオプレシピテートの、調製用製剤となった血漿製剤の使用総袋(本)数を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

製剤種	使用袋(本)数
(1) 新鮮凍結人血漿(新鮮凍結血漿・LR-120 製剤)	袋(本)
(2) 新鮮凍結人血漿(新鮮凍結血漿・LR-240 製剤)	袋(本)
(3) 新鮮凍結人血漿(新鮮凍結血漿・LR-480 製剤)	袋(本)
(4) 合計	袋(本)

*使用がなかった製剤には、必ず 0 を記入してください。

2-21. 問 2-17 で「(2)～(4)」と答えた施設でクリオプレシピテートおよびフィブリノゲン濃縮製剤の 1 回あたりの投与量を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

(1) クリオプレシピテート	バック
(2) フィブリノゲン濃縮製剤	g

2-22. 問 2-17 で「(2)～(4)」と答えた施設でクリオプレシピテートおよびフィブリノゲン濃縮製剤を使用する診療科と 2020 年 4 月～2021 年 3 月の期間での件数を記入してください

(枠の中に整数で記入してください)

診療科	クリオプレシピテート使用件数	フィブリノゲン濃縮製剤使用件数
(1) 心臓血管外科(小児を含む)	件	件
(2) 産科	件	件
(3) 救命救急	件	件
(4) 肝胆膵外科	件	件
(5) 血液内科	件	件
(6) その他	件	件
「その他」の診療科を 50 文字以内で記入してください		

5-4) 血漿交換療法が保険適応の疾患に対して行っている治療法について

2-23. 血漿交換療法が保険適応の疾患に対して、アルブミンを置換液とした血漿交換を行っていますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 行っている	(2) 行っていない
「(2) 行っていない」と回答した場合には、2-25 へ進んでください。	

2-24. 2020年4月～2021年3月の期間でアルブミンを置換液とした血漿交換を実施した適応疾患の件数と総使用グラム数を記入してください

(枠の中に、件数は整数で、使用グラム数は小数第一位までで記入してください)

適応疾患	件数	総使用グラム数
(1) 重症筋無力症	件	g
(2) 多発性硬化症	件	g
(3) 慢性炎症性脱髄性多発根神経炎(CIDP)	件	g
(4) ギラン・バレー症候群	件	g
(5) 天疱瘡	件	g
(6) 類天疱瘡	件	g
(7) 中毒性皮膚壊死症	件	g
(8) スティーブンス・ジョンソン症候群	件	g
(9) 多発性骨髄腫	件	g
(10) マクログロブリン血症	件	g
(11) 血栓性血小板減少性紫斑病(TTP)	件	g
(12) 溶血性尿毒症症候群	件	g
(13) インヒビターを有する血友病	件	g
(14) 術後肝不全	件	g
(15) 急性肝不全(劇症肝炎)	件	g
(16) 慢性C型ウイルス肝炎	件	g
(17) 巣状糸球体硬化症	件	g
(18) 抗糸球体基底膜抗体型急速進行性糸球体腎炎 (抗GBM抗体型RPGN)	件	g
(19) 抗白血球細胞質抗体型急速進行性糸球体腎炎 (ANCA関連RPGN)	件	g
(20) ABO血液型不適合もしくは抗リンパ球抗体陽性の同種腎移植	件	g
(21) ABO血液型不適合もしくは抗リンパ球抗体陽性の同種肝移植	件	g
(22) 家族性高コレステロール血症(FH)	件	g
(23) 閉塞性動脈硬化症(ASO)	件	g
(24) 全身性エリテマトーデス(SLE)	件	g
(25) 悪性関節リウマチ(MRA)	件	g
(26) 川崎病	件	g
(27) 重度血液型不適合妊娠	件	g
(28) 薬物中毒	件	g

*該当のない項目には、必ず0を記入してください。

2-25. 血漿交換療法が保険適応の疾患に対して、FFPを置換液とした血漿交換を行っていますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 行っている	(2) 行っていない
「(2) 行っていない」と回答した場合には、2-27へ進んでください。	

2-26. 2020年4月～2021年3月の期間でFFPを置換液とした血漿交換を実施した適応疾患の件数と総使用単位数を記入してください

(枠の中に、件数は整数で、使用グラム数は小数第一位までで記入してください)

適応疾患	件数	総使用グラム数
(1) 重症筋無力症	件	g
(2) 多発性硬化症	件	g
(3) 慢性炎症性脱髄性多発根神経炎(CIDP)	件	g
(4) ギラン・バレー症候群	件	g
(5) 天疱瘡	件	g
(6) 類天疱瘡	件	g
(7) 中毒性皮膚壊死症	件	g
(8) スティーブンス・ジョンソン症候群	件	g
(9) 多発性骨髄腫	件	g
(10) マクログロブリン血症	件	g
(11) 血栓性血小板減少性紫斑病(TTP)	件	g
(12) 溶血性尿毒症症候群	件	g
(13) インヒビターを有する血友病	件	g
(14) 術後肝不全	件	g
(15) 急性肝不全(劇症肝炎)	件	g
(16) 慢性C型ウイルス肝炎	件	g
(17) 巣状糸球体硬化症	件	g
(18) 抗糸球体基底膜抗体型急速進行性糸球体腎炎 (抗GBM抗体型RPGN)	件	g
(19) 抗白血球細胞質抗体型急速進行性糸球体腎炎 (ANCA関連RPGN)	件	g
(20) ABO血液型不適合もしくは抗リンパ球抗体陽性の同種腎移植	件	g
(21) ABO血液型不適合もしくは抗リンパ球抗体陽性の同種肝移植	件	g
(22) 家族性高コレステロール血症(FH)	件	g
(23) 閉塞性動脈硬化症(ASO)	件	g
(24) 全身性エリテマトーデス(SLE)	件	g
(25) 悪性関節リウマチ(MRA)	件	g
(26) 川崎病	件	g
(27) 重度血液型不適合妊娠	件	g
(28) 薬物中毒	件	g

*該当のない項目には、必ず0を記入してください。

5-5) 院内成分採血細胞処理・凍結保存・保管に関する実施状況調査

2-27. 2020年4月～2021年3月の期間で輸血部または関連する部門で下記の採血、細胞処理、凍結、保存を行いましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1) 行った	(2) 行わなかった
「(2) 行わなかった」と回答した場合には、2-39へ進んでください。	

【参考資料6:該当する製剤】

(1) 血縁および非血縁末梢血幹細胞	(2) 自家末梢血幹細胞
(3) ドナーリンパ球(アフエレーシス法)	(4) 顆粒球採取(アフエレーシス法)
(5) 自己リンパ球(アフエレーシス法)	

2-28. 2020年4月～2021年3月の期間で輸血部または関連する部門で、血縁および非血縁末梢血幹細胞採取を行いましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 行った	<input type="checkbox"/>	(2) 行わなかった
「(1) 行った」場合、症例数を整数で記入してください			件

2-29. 2020年4月～2021年3月の期間で輸血部または関連する部門で、自家末梢血幹細胞採取を行いましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 行った	<input type="checkbox"/>	(2) 行わなかった
「(1) 行った」場合、症例数を整数で記入してください			件

2-30. 2020年4月～2021年3月の期間で輸血部または関連する部門で、ドナーリンパ球採取(アフエレーシス法)を行いましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 行った	<input type="checkbox"/>	(2) 行わなかった
「(1) 行った」場合、症例数を整数で記入してください			件

2-31. 2020年4月～2021年3月の期間で輸血部または関連する部門で、顆粒球採取(アフエレーシス法)を行いましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 行った	<input type="checkbox"/>	(2) 行わなかった
「(1) 行った」場合、症例数を整数で記入してください			件

2-32. 2020年4月～2021年3月の期間で輸血部または関連する部門で、自己リンパ球(アフエレーシス法)を行いましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 行った	<input type="checkbox"/>	(2) 行わなかった
「(1) 行った」場合、症例数を整数で記入してください			件

2-33. 2020年4月～2021年3月の期間で輸血部または関連する部門で細胞の凍結処理・保管管理を行いましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 行った	<input type="checkbox"/>	(2) 行わなかった
「(1) 行った」場合、症例数を整数で記入してください			件

2-34. 標準作業手順書(SOP)を作成・使用していますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) している	<input type="checkbox"/>	(2) していない
--------------------------	----------	--------------------------	-----------

2-35. 作業工程の記録をしていますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) している	<input type="checkbox"/>	(2) していない
--------------------------	----------	--------------------------	-----------

2-36. 2020年4月～2021年3月までの期間で実施された成分採血で、連続成分採血装置の主な操作者の職種として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 医師	<input type="checkbox"/>	(2) 看護師
<input type="checkbox"/>	(3) 臨床工学技士	<input type="checkbox"/>	(4) 臨床検査技師
<input type="checkbox"/>	(5) その他		

2-37. 2020年4月～2021年3月までの期間で実施された成分採血で、静脈路への接続について主に関わる職種として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 医師	<input type="checkbox"/>	(2) 看護師
<input type="checkbox"/>	(3) 臨床工学技士	<input type="checkbox"/>	(4) 臨床検査技師
<input type="checkbox"/>	(5) その他	<input type="checkbox"/>	

2-38. 2020年4月～2021年3月までの期間で実施された成分採血で、静脈路からの抜針・止血について主に関わる職種として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 医師	<input type="checkbox"/>	(2) 看護師
<input type="checkbox"/>	(3) 臨床工学技士	<input type="checkbox"/>	(4) 臨床検査技師
<input type="checkbox"/>	(5) その他	<input type="checkbox"/>	

5-6) 細胞治療(再生医療等製品)に関する実施状況調査

2-39. 2020年4月～2021年3月の期間で下記の細胞治療(再生医療等製品)を使用しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 使用した	<input type="checkbox"/>	(2) 使用しなかった
--------------------------	----------	--------------------------	-------------

「(2) 使用しなかった」と回答した場合には、2-45へ進んでください

【参考資料 7: 該当する細胞治療(再生医療等製品)】

<input type="checkbox"/>	(1) ヒト(同種)骨髄由来間葉系幹細胞 『テムセル HS 注』
<input type="checkbox"/>	(2) ヒト(自己)骨格筋由来細胞シート 『ハートシート』
<input type="checkbox"/>	(3) ヒト(自己)表皮由来細胞シート 『ジェイス』
<input type="checkbox"/>	(4) ヒト(自己)軟骨由来組織 『ジャック』
<input type="checkbox"/>	(5) ヒト(自己)骨髄由来 間葉系幹細胞 『ステミラック注』
<input type="checkbox"/>	(6) チサゲンレクルユーセル 『キムリア点滴静注』

2-40. 2020年4月～2021年3月の期間で使用した細胞治療(再生医療等製品)として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) ヒト(同種)骨髄由来間葉系幹細胞 『テムセル HS 注』
<input type="checkbox"/>	(2) ヒト(自己)骨格筋由来細胞シート 『ハートシート』
<input type="checkbox"/>	(3) ヒト(自己)表皮由来細胞シート 『ジェイス』
<input type="checkbox"/>	(4) ヒト(自己)軟骨由来組織 『ジャック』
<input type="checkbox"/>	(5) ヒト(自己)骨髄由来 間葉系幹細胞 『ステミラック注』
<input type="checkbox"/>	(6) チサゲンレクルユーセル 『キムリア点滴静注』

2-41. 投与記録の管理をしていますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) している	<input type="checkbox"/>	(2) していない
--------------------------	----------	--------------------------	-----------

「(2) していない」と回答した場合には、2-43へ進んでください

2-42. 院内で投与記録の管理を担当する部署として当てはまるものを1つ選んでください

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 輸血部門	<input type="checkbox"/>	(2) 事務部門	<input type="checkbox"/>	(3) 薬剤部
<input type="checkbox"/>	(4) その他の部門	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

2-43. 再生医療等製品の調製担当者として当てはまるものを全て選んでください

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(1) 輸血部医師	<input type="checkbox"/>	(2) 診療科医師	<input type="checkbox"/>	(3) 検査技師
<input type="checkbox"/>	(4) 薬剤師	<input type="checkbox"/>	(5) その他	<input type="checkbox"/>	

2-44. 調製担当者は、認定細胞治療管理師の資格を持っていますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="checkbox"/>	(1) 持っている	<input type="checkbox"/>	(2) 持っていない
--------------------------	-----------	--------------------------	------------

5-7) その他

2-45. 赤十字血液センターについてご意見があれば記入してください

(枠の中に50字以内で概要を記入してください)

--

2-46. 一般社団法人 日本輸血・細胞治療学会についてご意見があれば記入してください

(枠の中に50字以内で概要を記入してください)

--

質問項目に御回答いただきありがとうございました。

【別紙 1】 輸血過誤が行われた症例報告書

* 複数の症例報告がある場合は、コピーし全ての症例について報告してください。
送付する場合、バラバラにならないよう症例毎に綴じてください

(枠の中に記入してください)

症例目

別紙 1-1. 症例内容 (原因)

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/> (1) バッグの取り違い	<input type="checkbox"/> (2) 血液型判定ミス	<input type="checkbox"/> (3) 患者の取り違い
<input type="checkbox"/> (4) 輸血依頼伝票への血液型の誤記	<input type="checkbox"/> (5) カルテの血液型の確認ミス	<input type="checkbox"/> (6) カルテに血液型の誤記
<input type="checkbox"/> (7) 患者検体の取り違い	<input type="checkbox"/> (8) 輸血依頼伝票の血液型の確認ミス	<input type="checkbox"/> (9) 添付ラベルへの血液型の誤記
<input type="checkbox"/> (10) 血液型のコンピュータへの誤入力	<input type="checkbox"/> (11) 母子手帳の母親の血液型を記入	<input type="checkbox"/> (12) ベッドの血液型の誤記
<input type="checkbox"/> (13) 血液センターへの発注ミス	<input type="checkbox"/> (14) 添付ラベルの取り違い	<input type="checkbox"/> (15) 不明

別紙 1-2. 症例内容

(概要を枠の中に 50 字以内で記入してください)

別紙 1-3. 間違えた当事者

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/> (1) 医師	<input type="checkbox"/> (2) 看護師	<input type="checkbox"/> (3) 臨床検査技師	<input type="checkbox"/> (4) その他
---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

別紙 1-4. 時間帯

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="radio"/> (1) 平日日勤時間	<input type="radio"/> (2) 時間外(当直時間帯、休日日直時間帯)
----------------------------------	--

別紙 1-5. 緊急輸血ですか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="radio"/> (1) はい	<input type="radio"/> (2) いいえ
------------------------------	-------------------------------

別紙 1-6. 輸血場所

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

<input type="radio"/> (1) 病棟	<input type="radio"/> (2) 手術室	<input type="radio"/> (3) ICU	<input type="radio"/> (4) 救急外来	<input type="radio"/> (5) その他
「(5)その他」の場合、詳細を記入してください				

別紙 1-7.血液製剤名

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)全血	(2)赤血球製剤	(3)血漿製剤	(4)血小板製剤	(5)自己血
-------	----------	---------	----------	--------

別紙 1-8.ABO 式血液型

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

	血液製剤血液型	患者血液型		血液製剤血液型	患者血液型
(1)	A 型	A 型	(9)	O 型	A 型
(2)	A 型	B 型	(10)	O 型	B 型
(3)	A 型	O 型	(11)	O 型	O 型
(4)	A 型	AB 型	(12)	O 型	AB 型
(5)	B 型	A 型	(13)	AB 型	A 型
(6)	B 型	B 型	(14)	AB 型	B 型
(7)	B 型	O 型	(15)	AB 型	O 型
(8)	B 型	AB 型	(16)	AB 型	AB 型

別紙 1-9.輸血量

(枠の中に量を整数で記入してください)

mL

別紙 1-10.輸血開始から発見までの時間

(枠の中に時間を整数で記入してください)

分

別紙 1-11.発見の経緯

(概要を枠の中に 50 字以内で記入してください)

--

別紙 1-12.患者に臨床症状は現れましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)現れた	(2)現れなかった
「(1)現れた」の場合、症状を 50 字以内で記入してください	

別紙 1-13.患者、家族へ説明しましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)した	(2)していない	(3)不明
-------	----------	-------

別紙 1-14.ショック症状の有無

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)あり	(2)なし	(3)不明
-------	-------	-------

別紙 1-15.溶血所見(症状)の有無

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)あり	(2)なし	(3)不明
-------	-------	-------

別紙 1-16.DICの有無

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)あり	(2)なし	(3)不明
-------	-------	-------

別紙 1-17.腎不全の有無

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)あり	(2)なし	(3)不明
-------	-------	-------

別紙 1-18.行った治療

(概要を枠の中に 50 字以内で記入してください)

--

別紙 1-19.転帰

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)死亡	(2)生存(後遺症なし)	(3)生存(後遺症あり)
「(3)生存(後遺症あり)」の場合、 概要を 50 字以内で記入してください		

別紙 1-20.転帰と輸血との因果関係(起因性レベル)

(後述【参考 5】を参考にして以下該当する一つに○をつけてください)

(1)評価不能	(2)可能性なし	(3)可能性あり	(4)かなり可能性あり	(5)确实
---------	----------	----------	-------------	-------

別紙 1-21.転帰と輸血との因果関係

(概要を枠の中に 50 字以内で記入してください)

--

別紙 1-22.発生は施設の輸血実施手順書の導入前ですか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)導入前	(2)導入後
--------	--------

別紙 1-23.発生は輸血実施確認に携帯端末等の導入前ですか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)導入前	(2)導入後
--------	--------

別紙 1-24.携帯端末等を導入された施設にうかがいます

当該の輸血時に携帯端末による認証が実施されましたか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)認証を実施した	(2)認証を実施しなかった
------------	---------------

別紙 1-25. 輸血オーダーはコンピュータを用いて行っていますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)はい	(2)いいえ
-------	--------

別紙 1-26. 自動血液型判定装置はありますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)はい	(2)いいえ
-------	--------

別紙 1-27. 血液型検査を必ず 2 回以上行っていますか

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)はい	(2)いいえ 通常は 2 回だが緊急時は 1 回	(3)いいえ 通常は 1 回
-------	--------------------------	----------------

別紙 1-28. 事故発生後にとられた ABO 型異型輸血防止に関する改善策

(以下該当する項目に☑してください 複数回答可)

<input type="checkbox"/> (1)輸血実施手順書の整備, 改善 <input type="checkbox"/> (2)看護師トレーニング <input type="checkbox"/> (3)医師トレーニング <input type="checkbox"/> (4)検査技師トレーニング <input type="checkbox"/> (5)自動血液型判定装置導入 <input type="checkbox"/> (6)コンピューターオーダーリング導入 <input type="checkbox"/> (7)携帯端末導入 <input type="checkbox"/> (8)その他	「その他」の場合、詳細を記入してください (枠の中に 50 字以内で記入してください)
---	--

【重篤な有害反応を評価するための起因性レベル】

起因性レベル		説明
該当なし	評価不能	起因性評価に関するデータが不十分な場合
0	除外	合理的疑いの余地なく有害反応が別の原因によるものだという決定的な証拠がある場合
	可能性なし	有害反応が血液または血液製剤以外の原因によるものであることを証拠が明確に裏付けている場合
1	可能性あり	有害反応が血液もしくは血液製剤によるか、または別の原因によるかを証拠で確定できない場合
2	かなり可能性あり	有害反応が血液または血液製剤によるものであることを証拠が明確に裏付けている場合
3	確実	合理的疑いの余地なく有害反応が血液または血液製剤によるという決定的な証拠がある場合

(欧州血液指令 2002/98/ EC 補足技術文書より)

【別紙2】 重篤な副作用症例報告書

複数の症例報告がある場合は、コピーし全ての症例について報告してください。
送付する場合、バラバラにならないよう症例毎に綴じてください。

別紙 2-1.副作用の種類は

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)輸血関連急性肺障害(TRALI) (3)輸血後 GVHD (5)TACO	(2)重症アレルギー反応 (4)輸血による重篤な細菌感染症 (6)その他
症例目	

別紙 2-2.血液製剤名と輸血量

* 新鮮凍結人血漿-LR-120 は 1 単位、新鮮凍結人血漿-LR-240 は 2 単位、新鮮凍結人血漿-LR-480 は、4 単位で計算してください

(枠の中に整数で記入してください)

<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">(1)全血</td> <td style="width:30%; text-align: center;">単位</td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%; text-align: center;">mL</td> </tr> <tr> <td>(2)赤血球製剤</td> <td style="text-align: center;">単位</td> <td></td> <td style="text-align: center;">mL</td> </tr> <tr> <td>(3)血漿製剤</td> <td style="text-align: center;">単位</td> <td></td> <td style="text-align: center;">mL</td> </tr> </table>	(1)全血	単位		mL	(2)赤血球製剤	単位		mL	(3)血漿製剤	単位		mL	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">(4)血小板製剤</td> <td style="width:30%; text-align: center;">単位</td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%; text-align: center;">mL</td> </tr> <tr> <td>(5)自己血</td> <td style="text-align: center;">単位</td> <td></td> <td style="text-align: center;">mL</td> </tr> </table>	(4)血小板製剤	単位		mL	(5)自己血	単位		mL
(1)全血	単位		mL																		
(2)赤血球製剤	単位		mL																		
(3)血漿製剤	単位		mL																		
(4)血小板製剤	単位		mL																		
(5)自己血	単位		mL																		

別紙 2-3.輸血開始から発見までの時間

(枠の中に時間を整数で記入してください)

	分
--	---

別紙 2-4.基礎疾患は

(枠の中に 20 字以内で記入してください)

--

別紙 2-5.転帰

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)死亡	(2)生存(重度後遺症あり)	(3)生存(軽度後遺症あり)	(4)生存(後遺症なし)
-------	----------------	----------------	--------------

別紙 2-6.転帰との因果関係(起因性レベル)

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)評価不能	(2)可能性なし	(3)可能性あり	(4)かなり可能性あり	(5)確実
---------	----------	----------	-------------	-------

* 後述【重篤な有害反応を評価するための起因性レベル】を参考にしてください

別紙 2-7.血圧変化の有無

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)あり	(2)なし
「(1) あり」の場合、輸血前後の値を記入してください (単位 mmHg)	

別紙 2-8.脈拍の変化の有無

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)あり	(2)なし
「(1) あり」の場合、輸血前後の値を記入してください (単位 /min)	

別紙 2-9.発熱の有無

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)あり	(2)なし
「(1) あり」の場合、輸血前後の値を記入してください (単位 °C)	

別紙 2-10.酸素飽和度の変化の有無

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)あり	(2)なし
「(1)あり」の場合、輸血前後の値を記入してください (単位 SpO2%)	
「(1)あり」の場合、輸血前後の酸素投与量を記入してください	

別紙 2-11.肺水腫(胸部X線)の有無

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)あり	(2)なし
「(1) あり」の場合、詳細を記入してください	

別紙 2-12.心陰影拡大(胸部X線)の有無

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)あり	(2)なし
「(1) あり」の場合、詳細を記入してください	

別紙 2-13. 輸血開始前の臨床的心不全の有無

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)あり	(2)なし
「(1) あり」の場合、詳細を記入してください	

別紙 2-14. 輸血前後の水分バランス

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)水分過剰	(2)脱水	(3)正常	(4)不明
「(1), (2)」の場合、詳細を記入してください			

別紙 2-15.皮膚・粘膜症状の有無

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)あり	(2)なし
「(1) あり」の場合、詳細を記入してください	

別紙 2-16.その他重篤な症状の有無

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)あり	(2)なし
「(1) あり」の場合、詳細を記入してください	

別紙 2-17.原因製剤細菌培養

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)陽性	(2)陰性	(3)未実施
-------	-------	--------

「(1)陽性」の場合、菌種を記入してください	
------------------------	--

別紙 2-18.患者血液細菌培養

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)陽性	(2)陰性	(3)未実施
「(1)陽性」の場合、菌種を記入してください		

別紙 2-19.原因製剤中の顆粒球抗体の有無

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)陽性	(2)陰性	(3)未実施
「(1)陽性」の場合、測定値を記入してください		

別紙 2-20.原因製剤中の HLA 抗体の有無

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)陽性	(2)陰性	(3)未実施
「(1)陽性」の場合、測定値を記入してください		

別紙 2-21.原因製剤エンドトキシン検査

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)陽性	(2)陰性	(3)未実施
「(1)陽性」の場合、測定値を記入してください		

別紙 2-22.患者血液中の血漿蛋白抗体の有無

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)陽性	(2)陰性	(3)未実施
「(1)陽性」の場合、測定値を記入してください		

別紙 2-23.患者血液中のトリブターゼの有無

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)陽性	(2)陰性	(3)未実施
「(1)陽性」の場合、測定値を記入してください		

別紙 2-24.患者血液中のHLA抗体の有無

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)陽性	(2)陰性	(3)未実施
「(1)陽性」の場合、測定値を記入してください		

別紙 2-25.患者血液中のエンドトキシン検査

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)陽性	(2)陰性	(3)未実施
「(1)陽性」の場合、測定値を記入してください		

別紙 2-26.輸血後 GVHD のキメリズムの有無

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)あり	(2)なし	(3)未実施
「(1)あり」の場合、検査結果を記入してください		

別紙 2-27.行った治療とコメント

* 臨床経過、副作用と輸血との因果関係、併用薬など他の治療との関係などを記入してください
(概要を枠の中に 50 字以内で記入してください)

--

別紙 2-28.赤十字血液センターへの報告

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)あり	(2)なし
-------	-------

別紙 2-29.厚生労働省への副作用の直接報告

(以下該当する項目に○を付けてください 単一選択)

(1)あり	(2)なし
-------	-------

【重篤な有害反応を評価するための起因性レベル】

起因性レベル		説明
該当なし	評価不能	起因性評価に関するデータが不十分な場合
0	除外	合理的疑いの余地なく有害反応が別の原因によるものだという決定的な証拠がある場合
	可能性なし	有害反応が血液または血液製剤以外の原因によるものであることを証拠が明確に裏付けている場合
1	可能性あり	有害反応が血液もしくは血液製剤によるか、または別の原因によるかを証拠で確定できない場合
2	かなり可能性あり	有害反応が血液または血液製剤によるものであることを証拠が明確に裏付けている場合
3	確実	合理的疑いの余地なく有害反応が血液または血液製剤によるという決定的な証拠がある場合

(欧州血液指令 2002/98/EC 補足技術文書より)