

問 診 票

以下の質問は、献血される方と輸血を受けられる方の安全を守るためにうかがうものです。

表現上、不快の念を抱かれる部分があるかもしれませんが、「責任ある献血」のために、何卒ご理解のほどよろしくお願いいたします。

エイズ検査目的の献血は、血液を必要とする患者さんの安全のためにお断りします。（注意）法令の規定により、記入された問診票及び献血申込書（診療録）の返却・廃棄はできません。

質 問 事 項		質 問 事 項		
1	今日の体調は良好ですか。	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14 海外から帰国（入国）して4週間以内ですか。	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	3日以内に出血を伴う歯科治療（抜歯、歯石除去等）を受けましたか。	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15 1年以内に外国（ヨーロッパ・米国・カナダ以外）に滞在しましたか。 （ 国名 ）	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	3日以内に薬を飲んだり、注射を受けましたか。 （ ）	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4	次の育毛薬／前立腺肥大症治療薬を使用したことがありますか。 プロペシア・プロスカ等（1ヵ月以内）、アボダート・アボルブ等（6ヵ月以内）	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16 4年以内に外国（ヨーロッパ・米国・カナダ以外）に1年以上滞在しましたか。 （ 国名 ）	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	次の薬を使用したことがありますか。 乾せん治療薬（チガソン）、ヒト由来プラセンタ注射薬（ラエンネック・メルスモン）	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6	24時間以内にインフルエンザの予防接種を受けましたか。	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	17 英国に1980年（昭和55年）～1996年（平成8年）の間に 通算1ヵ月以上滞在しましたか。	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	1年以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか。 （ ）	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
8	次の病気や症状がありましたか。 3週間以内－はしか、風疹、おたふくかぜ、帯状ほうしん、水ぼうそう 1ヵ月以内－発熱を伴う下痢 6ヵ月以内－伝染性単核球症、リンゴ病（伝染性紅斑）	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	18 ヨーロッパ（英国も含む）・サウジアラビアに1980年以降、 通算6ヵ月以上滞在しましたか。 （ 国名 ）	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	9			
10	6ヵ月以内に次のいずれかに該当することがありましたか。 ①ピアス、またはいれずみ（刺青）をした。 ②使用後の注射針を誤って自分に刺した。 ③肝炎ウイルスの持続感染者（キャリア）と性的接触等親密な接触があった。	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	19 エイズ感染が不安で、エイズ検査を受けるための献血ですか。	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	9			
11	1年以内に次の病気等にかかったか、あるいは現在治療中ですか。 外傷、手術、肝臓病、腎臓病、糖尿病、結核、性病、ぜんそく、アレルギー疾患、 その他（ ）	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	20 今までに輸血（自己血を除く）や臓器の移植を受けたことがありますか。	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	今までに次の病気にかかったか、あるいは現在治療中ですか。 B型肝炎、がん（悪性腫瘍）、血液疾患、心臓病、脳卒中、てんかん	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	21 今までに次のいずれかに該当することがありますか。 ①クロイツフェルト・ヤコブ病（CJD）または類縁疾患と診断された。 ②血縁者にCJDまたは類縁疾患と診断された人がいる。 ③ヒト由来成長ホルモンの注射を受けた。 ④角膜移植を受けた。 ⑤硬膜移植を伴う脳神経外科手術を受けた。	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13	今までに次の病気にかかったことがありますか。 C型肝炎、梅毒、マラリア、バベシア症、シャーガス病、 リーシュマニア症、アフリカトリパノソーマ症	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		22 現在妊娠中または授乳中ですか。（男性の方は「いいえ」と回答してください） 6ヵ月以内に出産、流産をしましたか。		はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		23 私は以上の質問を理解し、正しく答えました。		

（注意）1. 献血される方は、「はい・いいえ」欄の該当する方に または 印をご記入願います。

2. それ以外の欄には、問診を行う者が、必要事項を記入いたします。

献血した血液について、梅毒、HBV（B型肝炎ウイルス）、HCV（C型肝炎ウイルス）、HIV（エイズウイルス）、HTLV-1（ヒトリンパ球向性ウイルス-1型）等の検査が行われることを了解し、献血します。

署 名

献血申込書 (診療録)

初回
 再来
 (新規)

献血年月日 平成 年 月 日
 探血センター
 献血者コード -

本人確認
 探血施設
 探血場所コード
 便数
 手帳不携帯
 ID
 団体コード - (サブコード)
 表彰区分
 顕彰規定回数

整理番号

※太線枠内をご記入ください。裏面もご記入ください。

フリガナ (姓)		(名)		性別	生年月日	職業		希望献血	探血 (不探血) 番号										
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/> 歳 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	1 <input type="checkbox"/> 公務員 2 <input type="checkbox"/> 会社員 3 <input type="checkbox"/> 高校生 4 <input type="checkbox"/> 大学生 5 <input type="checkbox"/> その他	7 <input type="checkbox"/> 主婦 8 <input type="checkbox"/> 自営業 9 <input type="checkbox"/> その他 その他 学生	1 <input type="checkbox"/> 200mL 2 <input type="checkbox"/> 400mL 3 <input type="checkbox"/> 血漿 4 <input type="checkbox"/> 血小坂 希望採取血漿量 <input type="text"/> mL 既献血回数 <input type="text"/> 回 献血可能日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 血液型 <input type="checkbox"/> 受付特記 <input type="checkbox"/> 基準 <input type="checkbox"/> 通知 <input type="checkbox"/> 保留 (問診回答変更)										
漢字氏名 (姓)		(名)		身長	体重	主登録センター ()		血液型	受付特記										
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/> cm	<input type="text"/> kg	登録 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 血液型	<input type="checkbox"/> 基準 <input type="checkbox"/> 通知 <input type="checkbox"/> 保留 (問診回答変更)										
住所 〒		自宅電話		携帯電話		手書きマーク <input type="checkbox"/>		血液型	受付特記										
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 血液型	<input type="checkbox"/> 基準 <input type="checkbox"/> 通知 <input type="checkbox"/> 保留 (問診回答変更)										
勤務先又は学校名		学年		電話 1		電話 2		血液型	受付特記										
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 血液型	<input type="checkbox"/> 基準 <input type="checkbox"/> 通知 <input type="checkbox"/> 保留 (問診回答変更)										
確認事項		献血前に食事をとられた時刻		時頃	睡眠	約	時間	血液センターから必要に応じて献血協力をお願いをよろしいでしょうか。	血液型										
<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 血液型										
<input type="checkbox"/>		B型、C型肝炎検査、梅毒検査、HTLV-1抗体検査の結果異常を認めた場合、通知を希望されますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 血液型										
前回情報		探血センター	施設	献血年月日	献血方法	血圧値 (mmHg)	脈拍	血色素量 (g/dL)	比重	ALT (IU/L)	Ht (%)	WBC (x10 ³ /μL)	PLT (x10 ³ /μL)	探血副作用	献血者	探血	特記	引継	探血不適
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/分	<input type="text"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 血色素 2 <input type="checkbox"/> 血圧 3 <input type="checkbox"/> 服薬 4 <input type="checkbox"/> 問診該当① 5 <input type="checkbox"/> 問診該当② 6 <input type="checkbox"/> 事前検査 9 <input type="checkbox"/> その他
血色素		測定者	著変	コト過敏症	血圧	脈拍	発熱	探血指示	指示採取血小板単位	探血適否	検査医		備考		特記・処置		探血担当者		問診該当①の内訳
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/> /分	<input type="checkbox"/> 有・無 体温 <input type="text"/> °C	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 200mL 400mL <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 PPP PC PC+PPP	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	<input type="text"/>		<input type="text"/>		特記・処置		<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	05 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/>	
検査医		署名		採血時		著変		採血特記		採血特記		採血特記		採血特記		採血特記		採血特記	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		採血時		著変		採血特記		採血特記		採血特記		採血特記		採血特記		採血特記	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		採血時		著変		採血特記		採血特記		採血特記		採血特記		採血特記		採血特記	

記入例: または 出力記録:

献血後のお知らせ(検査結果)

献血いただく前に、検査結果通知のご希望の有無をお伺いしています。(結果は献血後1ヶ月以内に親展にてお届けします)

(1) お知らせしている検査項目

●血液型検査、生化学検査 ●血球計数検査

(2) 検査で異常を認めた場合にお知らせする項目

●B型、C型肝炎ウイルス検査
●梅毒検査 ●HTLV-1検査(エイズ検査ではありません)

より安全な輸血医療のために

エイズや肝炎は、主に性交渉により若い世代に感染が広がっています

エイズウイルス(HIV)や肝炎ウイルス(HBV、HCV)を保有している人との性交渉や、注射器を共用し麻薬などを使用した場合に、エイズや肝炎のウイルスに感染する恐れがあります。

下記はいずれもこれらの危険性が高い行為です。過去6ヵ月以内に該当する場合は献血いただけません。

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| (a) 不特定の異性または新たな異性との性的接触 | (c) 麻薬、覚せい剤を使用した |
| (b) 男性の方:男性との性的接触 | (d) (a)~(c)該当者との性的接触 |

検査目的の献血をお断りする理由

エイズウイルスや肝炎ウイルスの感染初期には、強い感染力を持つにもかかわらず、最も鋭敏な検査方法を用いても検出できない期間があります。

エイズウイルスなどの感染に不安があり、検査により確認しようとすると、患者さんにウイルスを感染させてしまうこととなります。

エイズ検査施設

エイズ検査をご希望の方は最寄りの保健所にお問合せください。保健所ではエイズ検査を匿名、無料で受けることができます。

「HIV検査・相談マップ」(<http://www.hivkensa.com>)

では、保健所などの検査機関の情報が掲載されています。



何らかの病気や感染症にかかっているとわかった場合はご連絡ください

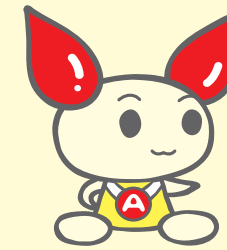
献血後、健康診断や医療機関などでB型・C型肝炎の疑いがあると診断された場合等には、血液センターまでご連絡ください。(又は主治医に献血した旨をお伝えください)

ご協力ください

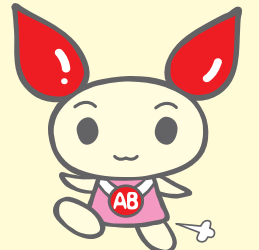
- ・輸血を受けられた患者さんについて、感染症などの報告があった場合、輸血医療の安全性向上と献血された方ご自身の健康管理のため、検査用血液の採血を再度お願いする場合があります。
- ・献血された方に「輸血を受けられる患者さんのために」という印刷物をお渡しします。これをよくお読みになって、思い当たる場合は、必ず献血当日中に血液センターへお電話ください。

献血へのご協力に心から感謝いたします。

このチラシをよくお読みいただき、内容を了承されたうえで、献血受付にお進みください。



お願い!



献血していただいた血液は、輸血や分画製剤として患者さんの治療に用いられます。患者さんが安心して輸血を受けられるように安全な献血をお願いします。

以下に該当する方は献血をご遠慮ください

① 渡航歴について

- ・海外から帰国(入国)して4週間以内の方
- ・昭和55年(1980年)以降、ヨーロッパ・サウジアラビアに一定期間滞在された方(国名・期間等は受付におたずねください)

② この3日間に出血を伴う歯科治療(抜歯・歯石除去等)を受けられた方

③ 輸血や臓器の移植を受けたことがある方

④ ヒト由来プラセンタ注射薬を使用したことがある方

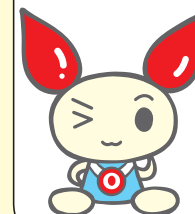
⑤ エイズ感染が不安で、エイズ検査を受けるための方

⑥ この6ヵ月以内に下記に該当することがある方

- ・不特定の異性または新たな異性との性的接触があった
- ・男性どうしの性的接触があった
- ・麻薬、覚せい剤を使用した

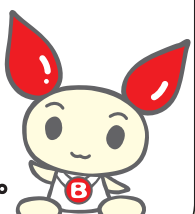
⑦ 梅毒、C型肝炎、マラリア、シャーガス病注)にかかったことがある方

注) シャーガス病は中南米地域においてサシガメ(昆虫)が媒介する感染症です。中南米居住歴のある方は検診医にお申し出ください。



※ 上記に該当されない方でも、検診医の判断で献血をご遠慮していただくことがあります。

※ 医薬品を服用されている方は、必ず検診医にお申し出ください。



献血に際して取得した皆様の個人情報、血液センターにおいて厳重に管理されます。

献血前にお読みください

以下の内容をよくお読みになり、ご了承のうえ、献血申込書（診療録）にご記入ください。

献血前に

- お名前、生年月日、住所、電話番号等は正確にお書きください。
- ご本人の確認のため、運転免許証などの提示をお願いすることがあります。
- 問診票の質問には正確にお答えください。
- プライバシーは厳守いたします。
- 献血後に高所作業や激しいスポーツ、自動車の運転等をされる方は献血前にお知らせください。特に乗り物の運転をされる方は、献血後に十分な休憩（30分以上）を取っていただく必要があります。
- 副作用予防のため、献血前に水分（スポーツドリンク等）を補給してください。

献血時は

- 200mL・400mL献血では10分から15分位、成分献血では40分から90分位の採血時間がかかります。
- 血圧や血色素量（ヘモグロビン濃度）を事前に測定します。
- 採血針は、一人ずつ使い捨てとなっています。

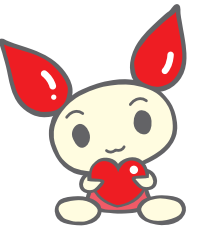
採血副作用と注意

- 採血に伴う副作用が生じることがあります。採血中や採血後に、気分不良、吐き気、めまい、失神などが約0.9%（1/100人）の頻度で発症し、まれに失神に伴う転倒が発生することがあります。また、針を刺すことによる皮下出血が約0.2%（1/500人）、神経損傷（脱力や痛み）が約0.01%（1/10,000人）の頻度で発生します。
- 採血針を刺した箇所に針跡が残ることがあります。
- 針を刺した時に、強い痛みがある場合や痛みがいつまでも続く場合は、直ちに看護師、医師にお知らせください。また、皮下出血等も我慢せずにお知らせください。
- 採血中に気分不良やめまいを起こした場合は、直ちに職員にお知らせください。また、採血後に同様の症状を起こした場合は転倒を防止するために、すぐにしゃがむか横になってください。
- 献血によって健康被害が生じた場合に医療費等を補償する献血者健康被害救済制度が設けられています。詳しくは血液センター職員にお尋ねください。

献血していただいた血液は

- 献血血液は、医療機関で血液を必要とする患者さんのもとへ届けられますが、以下のように有効利用させていただくことがあります。
 - ・血液型や輸血副作用の検査・研究のため、赤血球型、白血球型、血小板型及び血漿蛋白の遺伝子検査を実施する場合があります。なお、その他の遺伝子検査をご本人の承諾を得ずに行うことはありません。
 - ・血液製剤の品質管理や輸血用の検査試薬製造のために使用することがあります。
 - ・輸血の有用性、安全性及び検査サービスの向上を目的とした研究のために血液を使用することがあります。
- 次の検査を実施し、血液製剤の基準に適さないと判断した場合は輸血に使用しません。血液型（ABO型、Rh型等）、不規則抗体、梅毒、B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス、エイズウイルス（HIV）、ヒトTリンパ球向性ウイルス-1型（HTLV-1）、ヒトパルボウイルスB19、ALT（肝機能）等
- 血液の一部は少なくとも11年間冷凍保存し、輸血副作用・感染症などの調査のために使用します。
- 献血血液が採血装置等の不具合・不良により輸血に使用できなくなることがあります。

献血後の過ごし方



献血後は、水分の補給と休憩（少なくとも10分以上）をおとりください。
電車でお帰りの際、転落防止のため駅のホームでは線路の近くで電車を待たないでください。
(気分不良、失神などはじっと立っている時に発生しやすいといわれています)

<献血当日は次のようなことをお願いいたします>

●水分の補給!
●休憩!

水分補給

ジュース（スポーツドリンク）、お茶などで十分補給してください

休憩

乗り物を運転される場合は、その前に十分な休憩（30分以上）をおとりください

●喫煙・飲酒
●スポーツ

●トイレ…採血直後の排尿は座位で行なってください
●エレベーター・階段…使用する際は、特に注意してください
●入浴…2時間以内の入浴と当日のサウナは避けてください
●飲酒・喫煙…献血直後は避けてください
●スポーツ…水泳、マラソンなど激しいスポーツは避けてください
●重労働…採血側の腕に強い力がかからないようにお願いします

気分が悪くなったら

緊張感の強い場合やその日の体調によっては、採血の数時間後、まれに気分が悪くなったりめまいがすることがあります。そのような場合はすぐにしゃがむか、横になってください。

通常は頭を低くして30分程度安静にするだけで軽快します。

また、採血後の腕の痛みなど何かご心配なときは、すぐに血液センターまでご連絡ください。

〇〇〇赤十字血液センター（XXX-XXX-XXXX）

移動採血車の運行予定や献血ルームのご案内などはホームページでもご覧いただけます。

(<http://www.〇〇〇〇.〇〇〇>)

献血ルームのご案内

- 〇〇赤十字献血センター XXX-XXX-XXXX
- 〇〇献血ルーム XXX-XXX-XXXX
- 〇〇献血ルーム XXX-XXX-XXXX
- 〇〇赤十字献血センター XXX-XXX-XXXX
- 〇〇献血ルーム XXX-XXX-XXXX
- 〇〇献血ルーム XXX-XXX-XXXX