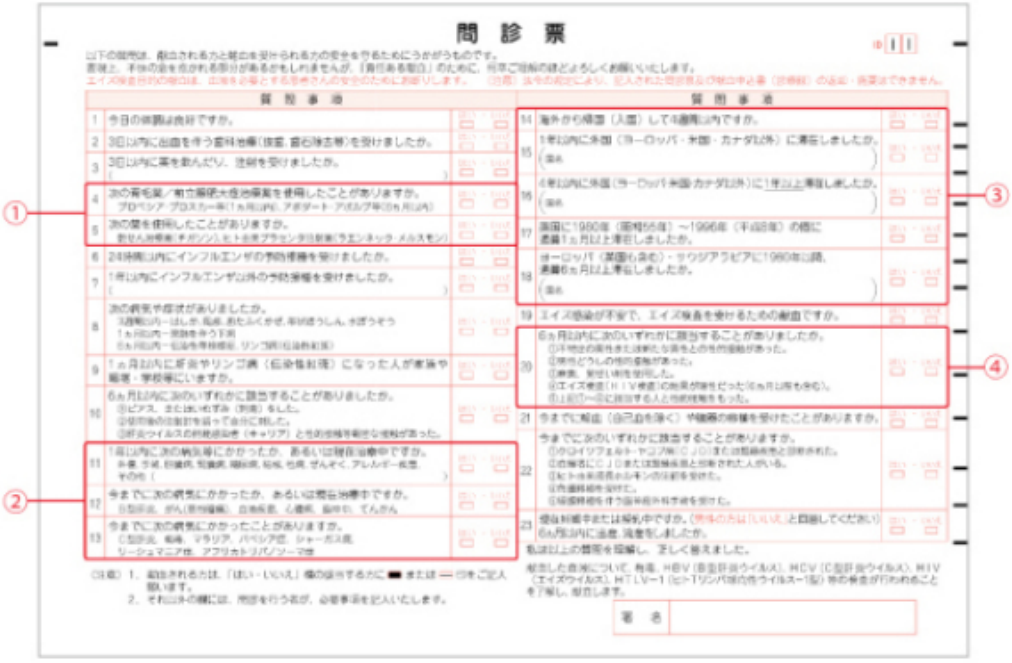
血液事業の重要なお知らせ　平成 23 年 4 月より問診票が改訂されました

献血にご協力いただける方に、事前にご記入いただいている健康状態などに関する問診票について、皆様によりわかりやすくご回答いただけるように、質問事項が「14 項目」から「23 項目」になりました。

問診は、献血いただける方の健康を守るため、そして血液を必要としている患者さんをウィルスなどの感染から守るために行っておりますのでご理解とご協力をお願いいたします。



《主な変更箇所について》

1. 献血に禁止されている薬の使用について、質問を増やしました。（質問事項 4～5）

「プロペシア」、「アボダート」等の薬剤を育毛目的で服用されている方がいますが、最後に服用されてから一定期間は献血をご遠慮いただきます。また、過去にチガソン（乾せん治療薬）やヒト由来プラセンタ注射薬（美容等に用いられる）を使用されたことのある方も献血をご遠慮いただきます。

2. 既往歴を確認する質問を細分化しました。（質問事項 11～13）

献血いただく方の健康と輸血を受けられる患者さんの安全を守るために必要ないくつかの病名をお聞きします。

3. 海外渡航歴を確認する質問を細分化しました。（質問事項 14～18）

輸入感染症対策のため、質問事項 14 で 4 週間以内に海外に行かれた方を、質問事項 15、16 でマラリア等の感染リスクを、質問事項 17、18 で変異型クロイツフェルト・ヤコブ病のリスクをそれぞれ確認します。

4. エイズ感染リスクを判断する質問について、記載を変更しました。（質問事項 20）

エイズウイルスの感染初期には、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。

質問事項 20 に該当する人は、検査で感染の有無がわかるようになるまでの 6 ヵ月間、献血をご遠慮いただきます。なお、新たな異性との性的接触についても、性感染症のリスク行動となることを踏まえ、念のために性的接触開始後 6 カ月間は献血をご遠慮いただきます。

問　診　票

ID

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	
1	今日の体調は良好ですか。	はい・いいえ
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
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
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・プロスカー等（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
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
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
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
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
9	1ヵ月以内に肝炎やリンゴ病（伝染性紅斑）になった人が家族や職場・学校等にいますか。	はい・いいえ
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
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
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
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

	質　問　事　項	
14	海外から帰国（入国）して4週間以内ですか。	はい・いいえ
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
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
17	英国に1980年（昭和55年）～1996年（平成8ヵ年）の間に 通算1ヵ月以上滞在しましたか。	はい・いいえ
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
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
20	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不特定の異性または新たな異性との性的接触があった。 ②男性どうしの性的接触があった。 ③麻薬、覚せい剤を使用した。 ④エイズ検査（ＨＩＶ検査）の結果が陽性だった（6ヵ月以前も含む）。 ⑤上記①～④に該当する人と性的接触をもった。	はい・いいえ
21	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
22	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
23	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

私は以上の質問を理解し、正しく答えました。

「献血の同意説明書」の内容について理解し、献血に同意しますか。　はい・いいえ

署　名	

（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。