

今一度、ご確認をお願いします！

6ヶ月以内に次のいずれかに該当することがあった方はご連絡ください。

- 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ヶ月以前も含む)。
- ⑤上記①～④に該当する人と性的接触をもった。

献血された血液は翌日には患者さんに使用されます。

輸血を受ける患者さんの安全のために上記①～⑤に該当する場合は

必ず本日中にお電話ください。

電話番号

無料 **0120-124423**

あなたの採血番号 と
生年月日をあなたの声でお知らせください。

☆この電話は受信専用の録音電話です。プッシュボタンによる採血番号の入力はできません。

☆ご連絡いただいた方の血液は使用いたしません。

☆エイズウイルス(HIV)の検査は各地域の保健所で無料・匿名で受けられます。

ご連絡いただいた方のプライバシーは確実に守られますのでご安心ください。

血液センターでは、エイズ検査目的の献血はお断りしています。

保健所等のエイズウイルス(HIV)の検査については、下記のホームページをご参照願います。

エイズ予防財団ホームページ URL:<http://www.jfap.or.jp/>

HIV検査・相談マップ

URL:<http://www.hivkensa.com/>

携帯電話からもアクセス可能です。



埼玉県赤十字血液センター

日本赤十字社