

平成 28 年 12 月 14 日

厚生労働省医薬・生活衛生局血液対策課

平成 27 年度 諸外国における献血血液の安全対策等調査 報告書概要

【目的】 献血血液の HIV に対する安全性向上のため、虚偽申告に対する罰則規定や血液の安全対策等について諸外国の状況を調査することを目的とする。

【経緯】 平成 25 年に日本国内で発生した輸血による HIV 感染例の発生を受け、献血時の虚偽申告に対する罰則規定や HIV 等の供血血液の安全対策等について、諸外国の状況の調査を開始した。平成 25 年度のオーストラリア、平成 26 年度のシンガポールへの訪問調査に続き、平成 27 年度はイギリス、フランス、ドイツについて委託調査を行ったので報告する。

【調査実施者】 WIP ジャパン株式会社

【調査方法】 文献調査、ヒアリング調査

【調査項目】

- a. 血液事業
- b. 献血制度
- c. 献血事業における HIV 検査
- d. MSM（男性間性交渉者）の献血適格要件
- e. HIV 感染者、AIDS 患者に対する国家的な取組み

【問診時に虚偽申告した献血者の法律問題】

・イギリス

性行為により HIV を感染させた者の訴追に、1861 年対人犯罪法第 18 条：苦痛を与えることを意図しての傷害行為、第 20 条：武器の有無に関わらない傷害行為のいずれかが適用される例が、イングランド及びウェールズで認められる。また、HIV を故意又は過失により感染させた者に対する刑事訴追方針について、2008 年 8 月に検察庁が刑事訴追ガイドラインを設けている。訴追方針は、HIV を他人に感染させた場合の故意の立証が焦点となっているが、法律の構成要件としては、あくまでも性行為を通じた感染加害に限られ、献血により他人に HIV を感染させることは想定されていない。

・フランス

性行為を通じて HIV を他人に感染させて有罪判決とされた判例がある。また、2015 年 2 月に CNS（AIDS 及びウイルス性肝炎に関する政府諮問会議）が「フランスにおける HIV 感染加害者に対する罰則に関する意見及び勧告」報告書を政府に提出しているが、自発的献血において供血された血液による HIV 感染の加害罰に関する言及はなされていない。

・ドイツ

1988年連邦通常裁判所の決定により、HIV陽性患者が感染防止策をとらずに、又は陽性の事実を告げずに性行為を行ったことが立証された場合、パートナーの感染の有無に関わらず、刑法の傷害罪規程が適用される。

【まとめ】

今回調査対象とした欧州3カ国では、問診時に虚偽申告した献血者に対する罰則規定は設けられていなかった。また、性行為を通じて故意又は過失によりHIVを感染させた者の訴追に刑法が適用された事例等はあったが、献血の問診時に虚偽の申告をした、または虚偽の申告により受血者が感染症に感染したことをもって刑事罰が科された例については、確認できるものがないと報告されている。

検査目的の献血への対策としては、献血における問診票による注意喚起、医師等による問診時に献血者へ説明し理解を得ること、正確な申告を確認すること等の取組みが実施されている。さらに、検査、輸血後のヘモビジュランス、HIV感染者に対する国家的な取組み等を通じてHIV感染に関する総合的な対策がなされている。

【参考：国別比較データ】

- 問診票（別添）
- HIV新規感染者数（表1）
- 献血におけるHIVスクリーニング検査方法、及びHIV陽性件数等（表2）
- リスクある献血者への対応状況（表3）
- HIV匿名検査の実施体制（表4）

表1 HIV新規感染者数

	イギリス	フランス	ドイツ	日本
HIV新規感染者数 (2014年)	6,151人	4,859人*	3,200人**	1,091人 <sup>1</sup>
人口(100万人) <sup>2</sup>	64.3	64.1	80.6	127.1
人口10万人あたりの 新規HIV陽性率	9.57	7.58	3.97	0.86

\*2013年のHIV新規感染者数、\*\*推計値。2014年以前にドイツ国外で感染し、2014年に感染が判明した者は含まれない。

表2 献血におけるHIVスクリーニング検査方法、及びHIV陽性件数等

	イギリス	フランス	ドイツ	日本
HIV抗原抗体検査	あり	あり	あり	あり
HIVNAT検査 プール検体数 (2016年3月現在)	イングランド及び スコットランド 1検体 北アイルランド及 びウェールズ 24検体	8又は24検体	48検体未満	1検体
献血者数/件数 (2014年)	1,829,191件 <sup>3</sup>	2,813,170人 <sup>4</sup>	2,698,964人 <sup>5</sup>	4,990,460件 <sup>6</sup>
献血血液のHIV 抗体陽性検出件 数(2014年)	13件 <sup>3</sup>	36件 <sup>4</sup>	74件 <sup>5</sup>	62件 <sup>7</sup>
献血10万件あ たりのHIV抗体 陽性件数(2014 年)	0.71	1.28	2.74	1.24
献血血液による HIV感染事故	1997年に1件(3 人感染)、2002年に 1件(1人感染)	2001年に1件、2002 年に1件	2007年に1件、2010 年に1件	2003年に1件、 2013年に1件 <sup>8</sup>

<sup>1</sup> 平成27年5月27日厚生労働省エイズ動向委員会 平成26(2014)年エイズ発生動向年報(1月1日～12月31日) 「平成26年エイズ発生動向一概要」

<sup>2</sup> 総務省統計局 世界の統計2016 EUROSTAT, [Population \(Demography, Migration and Projections\)](#) 2015年10月ダウンロード

<sup>3</sup> PHE (2015) Safe Supplies: Uncovering Donor Behaviour, 2014 annual review

<sup>4</sup> InVS (2016) La surveillance épidémiologique des donneurs de sang : VIH, VHC, VHB, HTLV, syphilis

<sup>5</sup> RKI (2016) Daten zu Infektionen unter Blut- und Plasmaspendern, HIV, HCV-, HBV- und Syphilis-Infektionen unter Blut- und Plasma-spendern 2014

<sup>6</sup> 日本赤十字社 血液事業年度報 平成26年度統計表

<sup>7</sup> 平成27年5月27日厚生労働省エイズ動向委員会 平成26(2014)年エイズ発生動向年報(1月1日～12月31日) 参考「献血件数及びHIV抗体・核酸増幅検査陽性件数」

<sup>8</sup> 厚生労働省医薬・生活衛生局血液対策課 血液事業報告(平成27年版)

表3 リスクある献血者への対応状況（平成28年12月調べ）

	イギリス	フランス	ドイツ	日本
本人確認方法	原則、Web 又は電話で予約登録する。献血センター来場時に本人確認書類の提示は特に求められない ※ドナー情報には、旧姓、電話番号（自宅、職場、夜間、携帯）、メールアドレスも含まれる	初回供血時に国民身分証、パスポート、滞在許可証の何れかで確認  2回目からはドナーカードのみで可	献血毎に写真付きID（官庁発行のもの）・パスポート・署名の照合等で確認	運転免許証、パスポート、各種年金手帳、健康保険証、各種福祉手帳、公共機関が発行した証明書・作成時に本人確認がなされている証明書等 2回目からはドナーカード及び暗証番号又は生体認証で確認
問診で訊ねる最終リスク行動期間	12ヶ月	12ヶ月 (分画用は4ヶ月)	4ヶ月	6ヶ月
MSM の供血延期期間	12ヶ月	12ヶ月 (分画用は4ヶ月)	永久	6ヶ月
問診者	医師等、認定資格者	EFS(フランス血液機構)認定医師	医師	医師
ドナーへのHIV 結果告知方法	電話で連絡後、指定医療機関にて医師から告知、助言	EFS 協力医師が当該ドナーに至急電話で面談予約、又は郵送で通知	医師を通じて、速やかに郵送で通知	—
問診票の署名欄	あり	あり	あり	タッチパネル上で確認

表4 HIV 匿名検査の実施体制（平成28年3月現在）

	イギリス	フランス	ドイツ	日本
実施施設	公立又は私立の医療機関 (私立：全国120か所)	医療機関、検査センター または町の検査施設	医療機関	保健所等
検査方法	公立：採血検査、唾液検査、唾液郵送キット 私立：即日又は翌日	—	—	採血検査
受検料	公立 無料 私立 有料 (65ポンド)	有料 (社会保障費から100%還付)	無料	無料
その他の方法	唾液郵送検査キット、家庭用唾液検査キットは薬局等で購入可	TROD (HIV 迅速検査チェッカー)：自宅で使用し、検査機関に郵送	—	—

以上

# 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 <input type="checkbox"/> / いいえ <input type="checkbox"/>	14 海外から帰国(入国)して4週間以内ですか。	はい <input type="checkbox"/> / いいえ <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 <input type="checkbox"/> / いいえ <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 <input type="checkbox"/> / いいえ <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 <input type="checkbox"/> / いいえ <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 <input type="checkbox"/> / いいえ <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 <input type="checkbox"/> / いいえ <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 <input type="checkbox"/> / いいえ <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 <input type="checkbox"/> / いいえ <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 <input type="checkbox"/> / いいえ <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 <input type="checkbox"/> / いいえ <input type="checkbox"/>
7	1年以内にインフルエンザ以外 <sup>以外</sup> の予防接種を受けましたか。 ( )	はい <input type="checkbox"/> / いいえ <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 <input type="checkbox"/> / いいえ <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 <input type="checkbox"/> / いいえ <input type="checkbox"/>
			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 <input type="checkbox"/> / いいえ <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> / いいえ <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> / いいえ <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> / いいえ <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> / いいえ <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 <input type="checkbox"/> / いいえ <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> / いいえ <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 <input type="checkbox"/> / いいえ <input type="checkbox"/>		

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



**PLEASE READ THIS IMPORTANT INFORMATION BEFORE COMPLETING THE HEALTH CHECK**

**Blood Safety** starts with you. By answering our questions accurately, you'll be helping to ensure that we'll not harm you by taking your blood, nor harm anyone else by giving your blood to them.

**Each time you give blood, please read each question very carefully.** Your health or our questions could have changed since your last visit. If you weigh less than 50kg, please let staff know.

**HELP US KEEP BLOOD TRANSFUSION SAFE**

**Never give blood just to get a test. If you do, you risk infecting other people.**

If at any time after you have given blood you have doubts about whether your donation should be used, please let us know.

**It is quite alright to leave the session without giving blood and with no questions asked.**

The Scottish National Blood Transfusion Service (SNBTS) is a Division of NHS National Services Scotland.

**SIDE A: HEALTH CHECK MEDICAL – IN CONFIDENCE. TO BE COMPLETED BY DONOR**

ALL DONORS	Yes	No	Staff
1. Are you fit & well?			
2. Have you seen a doctor, dentist or any other healthcare professional in the last 7 days or are you waiting to see one?			
3. Have you been told you should <b>never</b> give blood?			
4. Are you taking any medicines, tablets or other treatment prescribed by a doctor? (except HRT for the menopause, the pill or other birth control)			
5. Have you taken any other medicines or tablets in the last 7 days? (This includes any you have bought).			
6. Have you ever received blood? If Yes - where and when? .....			
7. Have you ever been treated by a skin specialist?			
8. Do you have any unhealed wounds or broken skin?			
9. Do you work for the emergency services; drive an HGV, bus or train; or will you be working at dangerous depths or heights in the next 24 hours?			
10. Do you take part in any dangerous hobbies? (e.g. diving, flying or motor racing)			
11. What is your job? .....			
12. Has anyone in your family had CJD (Creutzfeldt-Jakob Disease)?			
13. Have you had an illness (including diarrhoea), an infection or fever in the last 2 weeks or do you think you have one now?			
14. Have you been in contact with anyone with an infectious disease in the last 4 weeks to the best of your knowledge?			
15. Have you had any immunisations, vaccinations or jabs in the last 8 weeks?			
16. Were you born outside the UK? If Yes - Where? .....			
<b>ALL DONORS - IN THE LAST 12 MONTHS HAVE YOU:</b>			
17. Had an injury which could have put you at risk of hepatitis or HIV? (Could the virus have entered your body through a needle prick or broken skin?)			
18. Had acupuncture, ear piercing, any piercing to your face or body, had a tattoo, or cosmetic treatment that involved piercing your skin?			
<b>ALL DONORS - YOUR TRAVEL HISTORY</b>			
19. Have you <b>ever</b> stayed outside the UK for a continuous period of six months or more If Yes - where & when? .....			
20. Have you ever had malaria or an unexplained fever which you could have picked up while travelling?			
21. Have you ever visited Central America, South America or Southern Mexico for a continuous period of 4 weeks or more?			
22. Have you been outside the UK (including business) in the last 12 months? If Yes - where & when? .....			
<b>WOMEN ONLY</b>			
23. Are you pregnant, or have you been pregnant in the last 9 months?			

DONORS WHO HAVE GIVEN IN THE LAST 2 YEARS - SINCE YOU LAST GAVE BLOOD HAVE YOU:	Yes	No	Staff
24. Had a serious illness or seen a doctor about your heart?			
25. Had an operation, a bone, tissue or skin graft, or had any medical investigations or tests (including endoscopy)?			
26. Had jaundice or hepatitis?			
<b>FIRST TIME AND DONORS WHO HAVE NOT GIVEN FOR 2 YEARS</b>			
27. Have you ever had a serious illness or seen a doctor about your heart?			
28. Do you have any allergies, do you bleed or bruise a lot, or are you prone to fainting or dizzy spells?			
29. Have you ever had an operation, a bone, tissue or skin graft, any medical investigations or tests (including endoscopy)?			
30. Were you treated with growth hormone before 1985?			
31. Did you have brain surgery or an operation for a tumour or cyst on your spine before August 1992?			
32. Were you or your mother born in Central America, South America or Southern Mexico?			
33. Have you ever had jaundice or hepatitis?			
34. <b>(WOMEN ONLY)</b> Have you received treatment for fertility?			
<b>ALL DONORS - YOUR LIFESTYLE</b>			
35. Are you HIV or HTLV positive, or do you think you may be HIV or HTLV positive?			
36. Have you ever had hepatitis B or hepatitis C or do you think you may have hepatitis now?			
37. Have you <b>ever</b> injected, or been injected, with illegal or non-prescribed drugs? This includes bodybuilding drugs and injectable tanning agents.			
38. Have you ever been given money or drugs for sex? Have you had sex in the last 12 months with:			
39. anyone who is HIV or HTLV positive;			
40. anyone who has hepatitis B or C;			
41. anyone who has <b>ever</b> been given money or drugs for sex;			
42. anyone who has <b>ever</b> injected drugs;			
43. anyone who may <b>ever</b> have had sex in parts of the world where AIDS/HIV is very common. This includes most countries in Africa. There are exceptions so please ask.			
44. anyone who has syphilis or any other sexually transmitted disease.			
<b>ALL DONORS - YOUR LIFESTYLE</b>			
45. <b>To be answered by men only.</b> In the last 12 months have you had oral or anal sex with another man, with or without a condom or other form of protection?			
46. <b>To be answered by women only.</b> In the last 12 months have you had sex with a man who has <b>ever</b> had oral or anal sex with another man with or without a condom or other form of protection?			
<b>Do you wish to speak in confidence to a nurse?</b> Yes <input type="checkbox"/>			

Notes:



## SIDE B: Session Donor Health Check. Medical - in confidence

### Check and complete this side at session



Name and Title:  
(in full)  
Address

**For new donors / donors new to SNBTS**

Have you given blood before? **Yes / No**

If Yes – where / when?  
.....  
what name .....

Postcode  
E-mail

Date of Birth

Tel. No. Home  
Tel. No. Work  
Tel. No. Mobile

Registration No

Linked Venues

Total donations & Badge Award

Blood Group

Date:

**Read and sign at session**

Venue:

Signature .....

#### DONOR DECLARATION

1. I have today read and understood the Donor Information Leaflet, the information overleaf, and the current Health Check Questionnaire which I have completed. I have been given the opportunity to ask questions and they have been answered to my satisfaction.
2. I affirm that, to the best of my knowledge, all the information I have given is correct, and I am not at risk of any of the infections listed in the Donor Information Leaflet.
3. I agree that my blood will be tested for HIV and other conditions listed in the Donor Information Leaflet. I understand that if my blood gives a positive result for any of these tests, I will be informed, and given further advice.
4. I agree to my blood being blood-typed, and a small sample of it being stored.
5. I understand the nature of the donation process and the possible risks involved as explained in the Donor Information Leaflet.
6. I agree to SNBTS holding information about me, my health, my attendances and my donations and using it for the purposes explained in the Donor Information Leaflet.
7. I agree to donate, and thereby give my blood to SNBTS, to be used for the benefit of patients. This may be by direct transfusion to a patient, or indirectly as explained in the Donor Information Leaflet.

NATF 155 09 June 2015

Female <20	H	W
------------	---	---

AED Code	
Requires E/U	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Notes	
Initials	Date
eProgesa update	Initials Date

Last Att & Status:		Interview		Accept / Defer Code		Recall Date		Donation No.			
Reg/H.S.	Hb Pass/Fail	2nd Hb P/F	Issue	Scale/Machine	Label 1	Label 2	Conclude	Volume			
	Hemocue	HemocueVS			V.P.	V.P. start	V.P. stop	Seal/Check			
Sample Donation	NSFP	MAT required	Discard	Donation Hold	Hep.B Core Test	WNV test	Other	Linked by			
Gender	WB/Serum	Platelet/Leuco	CMV	RC/OAS	18060	FFP	Cryo	Apheresis			

Venue:  
Serology:  
Date:  
Registration Number:

Collection Comments:

Donation No.



SNBTS の採血前問診票（2015 年 6 月版）SIDE A

**質問にお答え頂く前に、以下の注意事項をお読み下さい**

血液の安全は、あなたにかかっています。あなたの健康のためにも、あなたの献血が役立てられる患者のためにも、ここに示された質問に対して、誠実に回答頂くことが求められます。

以下の質問に対して、**献血の都度、よく考えて回答して下さい**。以前に献血されたことがあっても、あなたの健康状態や質問内容が変わっていることがあるからです。

あなたの体重が 50kg 未満の場合は、スタッフにお知らせ下さい。

**献血血液による輸血の安全確保のために**

検査目的での献血は、絶対にしないで下さい。もしすれば、あなたが他人を感染の危険にさらすこととなります。

あなたの血液が採血後に使われたか否かにかかわらず、思い当たる点があれば、いつでもお知らせください。

**採血手続中でも、一切理由を説明せずに採血を中止することに、全く問題ありません。**

SNBTS は、NHS スコットランドの一事業部門です。

**SIDE A：健康状態のメディカルチェック – 秘密厳守、献血者が全項目をチェック**

全ての方にお訊ねします	はい	いいえ	スタッフ
1. 体調は万全ですか？			
2. 過去 7 日間に、医師、歯科医師あるいはその他専門医の診察を受けたことがあるか、これから診察を受ける予定がありますか？			
3. 今まで献血をしてはならないと言われたことがありますか？			
4. 医師から処方されたクスリ、錠剤、その他治療薬を服用していますか？（更年期症状のためのホルモン充填療法またはビル等避妊薬を除きます）			
5. 過去 7 日間に、その他のクスリや錠剤を服用しましたか？（あなたご自身が購入されたものを含みます）			
6. 今まで輸血を受けたことがありますか？ はい の場合、どこで、いつ受けましたか？.....			
7. 専門家による美容皮膚施術を受けたことがありますか？			
8. 完治していない傷、または皮膚の損傷がありますか？			
9. 今から 24 時間以内に、お仕事のうえで緊急車両、大型車、バス、旅客鉄道の運転、または地下や高所での危険を伴う作業をされる予定はありますか？			
10. 危険を伴う趣味をお持ちですか？（例：潜水、グライダー、モーターレース）			
11. あなたのお仕事は何ですか？.....			
12. あなたの家族に CJD（クロイツフェルト・ヤコブ病）の方はいますか？			
13. 過去 2 週間に、病気（下痢を含む）や感染症、発熱に罹った、または、今これら何れかに罹っていると思いますか？			
14. 過去 4 週間に、あなたの知る限り、感染症に罹っている人と接触したことがありますか？			

15. 過去 8 週間に、予防接種またはワクチン投与を受けましたか？			
16. あなたの出生地は UK の外ですか？ はい、の場合、どこですか？.....			
<b>全ての方にお訊ねします 過去 12 か月間に、あなたは</b>			
17. 肝炎または HIV の感染リスクを伴うケガをしたことがありますか？（針刺しや皮膚の損傷などで、ウイルスが体内に入ったおそれがありますか？）			
18. 鍼治療、耳のピアシング、顔や身体へのピアシング、タトゥーの何れか、あるいは肌のピアシングにあたっての美容措置を行いましたか？			
<b>全ての方にお訊ねします あなたの海外滞在経験について</b>			
UK の外に通算 6 か月以上滞在したことがありますか？			
19. はい、の場合、どこで、いつのことですか？..... はい、の場合、それ以降今まで UK の外にいましたか？			
20. 旅行先で、マラリアまたは原因不明の発熱症状に罹ったことがありますか？			
21. 中央アメリカ、南アメリカ、メキシコ南部の何れかに、通算 4 週間以上滞在したことはありますか？			
22. 過去 12 か月間に、UK の外に（出張も含め）行ったことがありますか？ はい、の場合、どこに、いつですか？.....			
<b>女性の方にお訊ねします</b>	はい	いいえ	スタッフ
23. 妊娠していますか？または、過去 9 か月間に妊娠していましたか？			

<b>過去 2 年間に献血された方にお訊ねします 最後の献血から今まで、</b>			
24. 心臓について、重い病気や、医師の診断を受けたことがありますか？	はい	いいえ	スタッフ
25. 手術、骨や皮膚の移植、その他医療上の診断または検査を受けたことがありますか？			
26. 黄疸または肝炎に罹ったことがありますか？			

<b>過去 2 年間に献血をされたことがない方にお訊ねします</b>			
27. 心臓について、重い病気や、医師の診断を受けたことがありますか？	はい	いいえ	スタッフ
28. アレルギー症状、大量の出血または皮下出血の傾向、失神、めまい、金縛りなどの症状がありますか？			
29. 手術、骨や皮膚の移植、その他医療上の検査等を受けたことがありますか？			
30. 1985 年以前に成長ホルモン療法を受けたことがありますか？			
31. 1992 年 8 月以前に脊椎の腫瘍の手術または嚢胞の除去を行いましたか？			
32. あなたの母さんは中央アメリカまたは南アメリカあるいは南メキシコで生まれましたか？			
33. 黄疸または肝炎に罹ったことがありますか？			
34. <b>（女性のみ）</b> 不妊治療を受けたことがありますか？			

<b>全ての方にお訊ねします あなたのライフスタイルについて</b>			
35. あなたは HIV または HTLV 陽性ですか？あるいは、HIV または HTLV 陽性かもしれないと思いますか？	はい	いいえ	不明
36. B 型肝炎または C 型肝炎に罹ったことがありますか？または、肝炎に罹っているかもしれないと思いますか？			
37. 違法なまたは医師の処方によらないクスリを、ご自身または他人によって注射したことがありますか？ 筋肉増強用または日焼け肌用の注射を含みます			
38. お金またはクスリをセックスの対価として受け取ったことがありますか？			
過去 12 か月間に、あなたはセックスを			

39. HIV または HTLV の陽性者となりましたか？				
40. B 型肝炎または C 型肝炎の人となりましたか？				
41. セックスの対価としてお金またはクスリを受け取ったことのある人となりましたか？				
42. 薬物注射をしたことのある人となりましたか？				
43. AIDS や HIV が蔓延している外国でセックスしたと思われる人となりましたか？ アフリカのほとんどの国が含まれますが、例外もあるためお訊ね下さい				
44. 梅毒その他の性感染症に罹った人となりましたか？				
<b>全ての方にお訊ねします あなたのライフスタイルについて</b>	<b>はい</b>	<b>いいえ</b>	<b>不明</b>	<b>スタッフ</b>
45. <b>男性の方にお訊ねします。</b> 過去 12 か月間に、コンドームの使用有無にかかわらず、男性とオーラルセックスまたはアナルセックスをしましたか？				
46. <b>女性の方にお訊ねします。</b> 過去 12 か月間に、コンドームの使用有無にかかわらず、他の男性とオーラルセックスまたはアナルセックスをした男性とセックスしましたか？				
秘密厳守で看護師にご相談になりたいですか？      はい <input type="checkbox"/>				
メモ欄：				

(SNBTS (2015) ) Donor Health Check, © Scottish National Blood Transfusion Service)

SNBTS の採血前問診票（2015年6月版）SIDE B



**SIDE B：供血者問診票 – 秘密厳守**  
 本面は、問診時にチェックのうえ完記のこと



氏名  
住所

**初回供血者／  
SNBTS では初めての方**

今まで献血したことがありますか？  
はい/いいえ

はい、の場合、どこで、いつですか？  
.....

採血施設名.....

郵便番号  
Eメール

生年月日

**供血者の自己申告**

1. 本日、私は献血者向けリーフレット及び注意事項を読み、理解し、最新  
の問診票のチェック事項に回答しました。私には、私が納得するまで質  
問する機会が与えられました。
2. 私は、知識が及ぶ限りの情報について正確に申告し、献血者向けリーフ  
レットに列挙された感染リスクの何れも有しないことを確約します。
3. 私は、私の血液が HIV その他献血者向けリーフレットに列挙された事項  
について検査されることに同意します。私は、私の血液に何らかの陽性が  
検出された場合は私に通知され、助言を受けることを理解しています。
4. 私は、私の血液について血液型が判定され、検体が採取されたうえで保  
存されることに同意します。
5. 私は、献血者向けリーフレットに説明されている、採血手続において発  
生し得るリスクについて理解しています。
6. 私は、献血者向けリーフレットに説明されているとおり、私の健康状態  
や献血実施状況等を含めた情報を SNBTS が有することに同意します。
7. 私は、献血により SNBTS に提供した血液が、患者の治療のために使用  
されることに同意します。献血者向けリーフレットに説明されていると  
おり、私の血液は患者に直接または間接的に輸血され得ます。

自宅電話番号  
職場電話番号  
携帯電話番号

登録番号

登録採血施設

献血回数  
及び受賞状況

血液型

日付:

読んだうえで、問診時に署名して下さい

採血施設:

署名.....

NATF 155 09 June 2015

Female <20	H	W
AED Code		
Requires E/U	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Notes		
Initials	Date	
eProgesa update	Initials	Date

Last Att & Status					Interview		Accept/ Defer Code		Recall Date		Donation No.			
Reg/H.S.	Hb Pass/Fail	2nd Hb P/F	Issue	Scale/Machine	Label 1	Label 2	Conclude	Volume						
	Hemocue	Hemocue VS			V.P.	V.P.start	V.P.Stop	Seal/Check						
Sample Donation	NSFP	MAT required	Discard	Donation Hold	Hep.B Core Test	WNV Test	Other	Linked by						
Gender	WB Serum	Platelet/Leuco	CMV	RC/OAS	18060	FFP	Cryo	Apheresis						

Venue: \_\_\_\_\_  
 Serology: \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_  
 Registration Number: \_\_\_\_\_

Collection Comments: \_\_\_\_\_  
 Donation No. \_\_\_\_\_

NATF 155 09 June 2015

# Donor Health Check for new and returning donors

Please answer the following questions in blue or black ballpoint pen. If you are uncertain of any answer, leave the box blank and speak in confidence to the nurse.  
Please do not use correction fluid if you make a mistake on this form.

A Your lifestyle	Yes	No	Staff
A1 Have you tested positive for HIV or do you think you may be HIV positive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A2 Have you ever had hepatitis B or hepatitis C or think you may have hepatitis now?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A3 Have you <b>ever</b> injected yourself or been injected with illegal or non-prescribed drugs including body-building drugs or cosmetics (even if this was only once or a long time ago)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A4 Have you ever been given money or drugs for sex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A5 <b>In the last 12 months have you had sex with:</b>			
<sup>a</sup> anyone who is HIV positive;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<sup>b</sup> anyone with hepatitis B, hepatitis C or HTLV;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<sup>c</sup> anyone who has ever been given money or drugs for sex;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<sup>d</sup> anyone who has ever injected drugs; or	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<sup>e</sup> anyone who may ever have had sex in parts of the world where AIDS/HIV is very common (this includes most countries in Africa)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A6 <b>Male donors only;</b> In the last 12 months have you had oral or anal sex with a man, with or without a condom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A7 <b>Female donors only;</b> In the last 12 months have you had sex with a man who has ever had oral or anal sex with another man, with or without a condom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

B Your health	Yes	No	Staff
B1 Have you ever been told that you should not give blood?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B2 Have you ever had a serious illness or seen a doctor about your heart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B3 Have you ever had any hospital investigations or tests or operations?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B4 Are you taking any prescribed medicine or tablets or other treatments (except HRT for the menopause, the pill or other birth control)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B5 <b>In the last 7 days</b> have you taken any <b>additional</b> medicines or tablets including any you have bought yourself?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B6 <b>In the last 7 days</b> have you seen a doctor, dentist or any other healthcare professional or are you waiting to see one (except for routine screening appointments)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Change of details** – If we have your details wrong, please give us the correct information below.

Title.....Forename.....Surname.....  
 Address.....  
 Postcode.....Home no.....Work no.....  
 Mobile.....Email.....DoB: DD / MM / YYYY

C Risks of infection	DT CODE	Yes	No	Staff
C1 <b>In the last 2 weeks</b> have you had any illness, infection or fever or do you think you have one now?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C2 <b>In the last 4 weeks</b> have you been in contact with anyone with an infectious disease?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C3 <b>In the last 8 weeks</b> have you had any immunisations, vaccinations or jabs?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>In the last 12 months...</b>				
C4 ...have you had your ears, face or body pierced, had a tattoo or any cosmetic treatment that involved piercing your skin?	S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C5 ...have you had acupuncture?	S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C6 ...have you been exposed <b>unintentionally</b> to someone else's blood or body fluids eg through a needle prick or bite or broken skin?	S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Additional risks</b>				
C7 Have you ever had jaundice or hepatitis?	J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C8 Have you received a blood transfusion since 1st January 1980?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C9 Has anyone in your family had CJD?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C10 Were you treated with growth hormone before 1985?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C11 Did you have brain surgery or an operation for a tumour or cyst in your spine before August 1992?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C12 <b>Female donors only;</b> Have you ever had treatment for infertility?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

D Travel outside the UK	DT CODE	Yes	No	Staff
D1 <b>In the last 12 months</b> have you been outside the UK (inc. business trips)?	R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D2a. Were you born or have you ever lived or stayed outside the UK for a continuous period of 6 months or more?	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. If 'yes' have you been outside the UK since then?	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D3a. Have you ever had malaria or an unexplained fever which you could have picked up while travelling?	M/F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. If 'yes' have you been outside the UK since then?	V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D4 Have you ever visited Central America or South America for a continuous period of 4 weeks or more?	R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D5 Were you or your mother born in Central America or South America?	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(IN CAPITALS) Forename.....(IN CAPITALS) Surname.....  
 Your Signature.....Date.....

STAFF USE ONLY	CLINICAL NOTES
Withdraw/suspend until ...../...../..... <input type="checkbox"/> Attention Clinical Support Team <input type="checkbox"/> Medical Referral Form attached <input type="checkbox"/> Set medical bar	<input type="checkbox"/> Suspend until...../...../..... <input type="checkbox"/> Withdraw <input type="checkbox"/> Accept  Date...../...../..... CST/Donor Records signature..... Additional notes label <input type="checkbox"/>



NHSBT の採血前問診票（2012 年 5 月版）

**初回及び再来供血者用問診票**

以下の質問に、青色または黒色のボールペンを用いて回答してください。わからない質問があれば空欄のままにし、看護師に声をかけて下さい。  
記入を間違えた場合に、修正液は使用しないで下さい。

A あなたのライフスタイル	はい	いいえ	スタッフ
A1 HIV の検査を受けたことや、HIV に感染しているおそれがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A2 今まで B 型肝炎または C 型肝炎に感染したことや、肝炎に感染しているおそれがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A3 違法なまたは医師の処方によらない筋肉増強剤を含む薬品やサプリメントを、ご自身または他人によって注射したことが（たとえ過去に一度だけ、またはかなり以前であっても）ありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A4 お金またはクスリをセックスの対価として受け取ったことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>A5 過去 12 か月間に、あなたはセックスを：</b>			
a HIV 陽性者となりましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b B 型肝炎、C 型肝炎、HTLV の感染者となりましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c お金またはクスリを受け取った人となりましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d ドラッグを注射したことがある人となりましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e AIDS や HIV が蔓延している外国（アフリカのほとんどの国が含まれる）でセックスしたと思われる人となりましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A6 <b>男性の方にお訊ねします</b> ；過去 12 か月間に、コンドームの使用有無にかかわらず、男性とオーラルセックスまたはアナルセックスをしましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A7 <b>女性の方にお訊ねします</b> ；過去 12 か月間に、コンドームの使用有無にかかわらず、他の男性とオーラルセックスまたはアナルセックスをした男性となりましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

B あなたの健康状態	はい	いいえ	スタッフ
B1 献血してはならないと言われたことはありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B2 心臓の重い病気や、医師による心臓の診断の経験がありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B3 病院で精密検査、検査、手術を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B4 医師に処方された薬、錠剤、その他（月経不順治療のための HRT 及びピル等の避妊薬を除く）を服用していますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B5 <b>過去 7 日間に</b> 、ご自身が購入されたものも含めて、 <b>新たに服用を始めた薬や錠剤</b> はありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B6 <b>過去 7 日間に</b> 、医師、歯科医師、その他医療の専門家の診断を受けたか、診断の予約（定期健診の予約を除く）をしていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**情報の変更** - あなたの情報について間違いや変更があれば、正しい情報を以下に記入して下さい。

敬称.....名.....姓.....  
 住所.....  
 郵便番号.....自宅電話番号.....職場電話番号.....  
 携帯電話番号.....Email.....生年月日...../...../.....

C 感染症のリスク	DT CODE	はい	いいえ	スタッフ
C1 過去 2 週間に、病気、感染症、発熱の何れかを罹ったか、今患っていますか？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C2 過去 4 週間に、感染性の病気に罹っている人と接触しましたか？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C3 過去 8 週間に、予防接種またはワクチン投与を受けましたか？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
過去 12 か月間に...				
C4 ...耳、顔、身体に、ピアスまたはタトゥーなど、肌に針を刺す美容処置を受けましたか？	S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C5 ...鍼治療を受けましたか？	S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C6 ...あなたの肌が針で刺される、噛まれる、傷を負うなどの行為によって、他人の血液または体液に意図せずして暴露したことがありますか？	S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
その他のリスク				
C7 黄疸または肝炎を患ったことがありますか？	J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C8 1980 年 1 月 1 日以降に輸血を受けたことがありますか？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C9 あなたの家族にクロイツフェルト・ヤコブ病の方はいますか？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C10 1985 年以前に成長ホルモン療法を受けていましたか？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C11 1992 年 8 月以前に脊椎の腫瘍の手術または嚢胞の除去を行いましたか？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C12 女性の方にお訊ねします；不妊治療を受けたことがありますか？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

D UK 以外への移動	DT CODE	はい	いいえ	スタッフ
D1 過去 12 か月間に、（出張も含め）UK の外にいましたか？	R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D2a UK の外で生まれた、または 6 か月間以上連続して住んだり滞在したりしたことはありますか？	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b はい、であれば、そのときから今まで UK の外にいましたか？	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D3a 旅行中にマラリアや未知の熱病に感染したことがありますか？	M/F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b はい、であれば、そのときから今まで UK の外にいましたか？	V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D4 中央アメリカまたは南アメリカに 4 週間以上連続して訪問したことはありますか？	R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D5 あなたのお母さんは中央アメリカまたは南アメリカで生まれましたか？	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(大文字で)	(大文字で)
名.....	姓.....
署名.....	日付.....

STAFF USE ONLY	CLINICAL NOTES
<input type="checkbox"/> Attention Clinical Support Team <input type="checkbox"/> Medical Referral Form Attached <input type="checkbox"/> Set Medical bar	<input type="checkbox"/> Suspend until...../...../..... <input type="checkbox"/> Withdraw <input type="checkbox"/> Accept  Date...../...../.....  CST/Donor Records signature.....  Additional notes label <input type="checkbox"/>
Withdraw/ suspend until...../...../.....	





# Etablissement Français du Sang

LE LIEN ENTRE LA GÉNÉROSITÉ DES DONNEURS DE SANG ET LES BESOINS DES MALADES



## Document de préparation à l'entretien médical préalable au don de sang

### Partie médicale

**La sécurité  
des malades  
dépend de  
l'exactitude de  
vos réponses.**

Avant le don, un médecin s'assure que vous pouvez donner votre sang sans conséquence pour vous ni pour les malades qui recevront les produits issus de votre don.

Il vous interroge sur votre état de santé et vos antécédents médicaux. Certains de ces antécédents médicaux contre indiquent le don de sang pour la protection de votre santé. Le médecin vous donnera alors les explications nécessaires.

De plus, pour fournir des produits sanguins d'une qualité optimale, des mesures de **sécurité sanitaire** doivent être respectées afin de réduire au maximum les risques de transmission d'agents infectieux aux malades qui ont besoin de ces produits sanguins.

Afin de préparer cet entretien avec le médecin, merci de bien vouloir remplir le questionnaire médical ci-après.

**N'offrez jamais votre sang dans le but d'obtenir un test de dépistage.  
Le médecin peut vous indiquer où vous adresser.**



Les réponses aux questions posées dans ce questionnaire sont obligatoires. Toutefois, si vous hésitez sur la réponse à apporter, passez à la question suivante et signalez l'existence de cette difficulté au médecin.

Les informations recueillies sont confidentielles et soumises au secret médical.

Ce questionnaire sera détruit après votre don.

Vous sentez-vous en forme pour donner votre sang ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Etes-vous en arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pensez-vous avoir besoin vous-même d'un test de dépistage viral ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vous ou votre partenaire, êtes-vous porteur du VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C, ou du HTLV ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Y a-t-il une personne souffrant d'hépatite B dans votre entourage ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vous ou un membre de votre famille, êtes-vous porteur ou atteint d'une anomalie du globule rouge (drépanocytose...) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

### Avez-vous dans votre vie :

Eu une maladie nécessitant un suivi médical régulier ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Été hospitalisé(e) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Eu un diagnostic de cancer ou de maladie maligne ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Reçu une transfusion sanguine ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Eu une greffe de tissu d'un autre donneur (cornée, tympan, dure mère, os...) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Reçu un traitement par hormone de croissance (extraits hypophysaires) avant 1989 ou par gluco-cérebroside ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Été traité(e) il y a moins de 2 ans, pour un psoriasis, par du Soriatane® ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Eu une maladie cardio-vasculaire (maladie valvulaire, trouble du rythme, angine de poitrine, artérite, infarctus du myocarde...) ou êtes-vous porteur d'une anomalie cardio-vasculaire congénitale ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Eu un accident vasculaire cérébral, des crises d'épilepsie, des convulsions, des épisodes répétés de syncope ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Eu des crises de tétanie ou de spasmophilie ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Eu une maladie du sang, une tendance anormale aux saignements ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Eu une anémie, un manque de globule rouge ou de fer ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Eu une allergie grave, de l'asthme ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Eu une ou des crises de paludisme (malaria), une maladie de Chagas ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Eu un membre de votre famille atteint de la maladie de Creutzfeldt-Jakob ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non



## Risques liés aux voyages :

- Avez-vous voyagé depuis moins de 3 ans hors du continent européen ?  Oui  Non
- Avez-vous séjourné au moins une fois dans votre vie hors du continent européen ?  Oui  Non
- Avez-vous séjourné (plus d'un an cumulé) au Royaume-Uni entre 1980 et 1996 ?  Oui  Non
- Si vous ou votre mère êtes né(e) hors du continent européen, signalez-le au médecin.

## Dans les 4 derniers mois, avez-vous :

- Consulté un médecin ?  Oui  Non
- Pris des médicaments ? Si oui, indiquez-les au médecin  Oui  Non
- Été opéré(e) au cours d'une hospitalisation et/ou subi une anesthésie générale ?  Oui  Non
- Été en contact avec une personne ayant une maladie infectieuse ou contagieuse ?  Oui  Non
- Été vacciné(e) ?  Oui  Non
- Eu une gastro-entérite fébrile (diarrhée avec fièvre) ?  Oui  Non
- Eu une infection urinaire ?  Oui  Non
- Eu une ou des hémorragies mêmes minimales ?  Oui  Non
- Eu une plaie cutanée importante (ulcère variqueux, plaie infectée...) ?  Oui  Non
- Eu une endoscopie (fibroscopie, gastroscopie, coloscopie...) ?  Oui  Non
- Été traité(e) par infiltrations, sclérose des varices, auriculothérapie, acupuncture, mésothérapie ?  Oui  Non
- Été en contact avec du sang humain par piqûre, plaie, projection ?  Oui  Non
- Eu un tatouage ou un piercing (y compris boucles d'oreilles) ?  Oui  Non

## Pour les femmes :

- Etes-vous enceinte ?  Oui  Non
- Avez-vous accouché ou eu une interruption de grossesse depuis moins de 6 mois ?  Oui  Non

## Depuis deux semaines, avez-vous :

- Fait une allergie, eu une injection de désensibilisation ?  Oui  Non
- Eu de la fièvre (> 38°C), un problème infectieux, pris des antibiotiques ?  Oui  Non
- Eu des troubles digestifs ?  Oui  Non
- Pris des médicaments ? Si oui, lesquels ?  Oui  Non
- Etes-vous allé(e) chez le dentiste ?  Oui  Non
- Faites-vous l'objet d'une mesure de protection légale (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice) ?  Oui  Non
- Avez-vous lu les informations et questions précédentes ?  Oui  Non
- Avez-vous des points à éclaircir ?  Oui  Non
- Avez-vous des questions à poser ?  Oui  Non

**Vous avez la possibilité de renoncer au don avant le début de celui-ci et la possibilité d'interrompre votre don à tout moment sans gêne ni embarras.**

Suite du questionnaire page suivante



Des analyses de sang à la recherche de maladies transmissibles sont réalisées sur chaque don. Cependant, il existe toujours un délai entre le début d'une infection et le moment où le résultat de l'analyse est positif.

**C'est pourquoi l'entretien préalable au don doit apprécier le risque lié à une maladie transmissible.**

Le médecin explorera avec vous les points listés ci-dessous :

Si au cours de votre vie, vous avez utilisé des drogues ou des substances dopantes par voie intraveineuse.

Si dans les 4 derniers mois, vous avez :

- ▶ Changé de partenaire sexuel(le),
- ▶ Eu plus d'un(e) partenaire sexuel(le),
- ▶ Eu une relation sexuelle avec un(e) partenaire occasionnel(le),
- ▶ Eu une infection sexuellement transmissible (IST) dont la syphilis.

Si vous avez eu des relations sexuelles entre hommes.

### **Risques liés aux maladies transmissibles :**

Avez-vous été dans l'une des situations décrites ci-dessus ?  Oui  Non

Votre partenaire est-il ou a-t-il été dans l'une de ces situations ?  Oui  Non

**Après le don, vous pouvez contacter le médecin en téléphonant au numéro indiqué sur le document post-don qui vous sera remis.**

« En application des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés telle que modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, nous vous informons que certaines des informations qui vous sont demandées notamment à l'occasion du questionnaire pré-don et de l'entretien préalable au don feront l'objet d'un enregistrement informatique par l'Etablissement Français du Sang ainsi que certaines informations vous concernant collectées à l'occasion du don de sang lui-même. Les résultats de qualification biologique du don feront l'objet d'un traitement informatique par l'Etablissement Français du Sang. Ce traitement est destiné à permettre la gestion des donneurs et des receveurs de sang. Vous disposez d'un droit d'accès, et, en cas d'inexactitude, de rectification et de suppression.

Pour exercer ces droits, il suffit de s'adresser au directeur de l'établissement de transfusion sanguine de la région dont dépend le site de collecte.

Toutes les mesures nécessaires sont prises pour assurer la protection, la sécurité et la confidentialité des données personnelles concernant le donneur, fournies et collectées par nos services lors de l'entretien pré-don et du don en ce compris des résultats de qualification biologique du don, afin d'empêcher la divulgation non autorisée des données traitées et notamment de l'identité du donneur, des informations relatives à sa santé et des résultats des examens pratiqués. »



Etablissement Français du Sang

LE LIEN ENTRE LA GÉNÉROSITÉ DES DONNEURS DE SANG ET LES BESOINS DES MALADES



## 採血前の医師による問診の準備文書 医療用

採血前に、医師は、あなたが献血した血液を受血する患者に問題が起きないことを確実にする必要があります。

**患者の安全は、  
あなたの回答の  
精度にかかって  
います**

医師は、あなたに健康状態と病歴について質問します。  
病歴によっては、あなたの健康を守るために、献血をお断りする場合があります。  
医師はその際、あなたに必要な説明を行います。

また、最適な品質の血液製剤を提供するために、これら血液製剤を必要とする患者にの感染リスクを最小限とする**安全対策**を講じる必要があります。

医師との問診に際してご協力頂きますことを感謝申し上げます。

以下の問診票の質問にお答え下さい。

**検査目的での献血は、絶対にしないで下さい。**  
医師は、あなたが行くべきところを教えます。



問診票に記載された質問に回答して下さい。  
 回答にあたってわからない場合は、記入せずそのまま次の質問に進んで下さい。医師には、その旨が報告されます。

収集した情報は、個人情報や医療機密の対象となります。

この質問票は、あなたが献血を終えた後、破棄されます。

- |   |  |
|---|--|
| 1. あなたが献血するにあたって、体調は良好ですか？                        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2. あなたは仕事を休んでいますか？                                | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3. あなた自身のウイルス検査が必要ですか？                            | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4. あなた、またはあなたのパートナーは、HIV、B型肝炎、C型肝炎、HTLVに感染していますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5. あなたの周囲にB型肝炎の人はいますか？                            | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6. あなた、またはあなたの家族に、赤血球の異常（鎌状赤血球貧血など）がある人はいますか？     | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

#### あなたの生活について：

- |   |  |
|---|--|
| 7. 定期的な診察が必要な病気をしていますか？   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 8. 入院したことがありますか？  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 9. 手術したことがありますか？  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 10. がんまたは悪性腫瘍の診断を受けましたか？  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 11. 輸血を受けましたか？  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 12. 角膜、鼓膜、硬膜、骨などの移植を受けましたか？   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 13. 1989年以前に、グルコセレブロシダーゼ不活性のためにヒト成長ホルモン製剤（下垂体抽出物）による治療を受けたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 14. 過去2年以内にソリアタン®を用いた乾癬の治療をしましたか？                                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 15. 心血管疾患（弁膜症、不整脈、狭心症、動脈炎、心筋梗塞など）または先天性心血管異常に患っていますか？               | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 16. 脳卒中、てんかんの発作、痙攣、失神を繰り返すなどしたことがありますか？                             | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 17. テタニー発作や痙攣が起きたことがありますか？  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 18. 血液疾患や異常な出血傾向がありますか？   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 19. 貧血、赤血球または鉄欠乏症に罹っていますか？  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 20. 重度のアレルギー症状や喘息発作はありますか？  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 21. マラリアやシャーガス病に罹ったことがありますか？  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 22. 家族に、クロイツフェルト・ヤコブ病の方がいますか？                                       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |



**旅行のリスクについて：**

- |     |   |  |
|-----|---|--|
| 23. | あなたは過去 3 年以内にヨーロッパ大陸の外に旅行したことがありますか？              | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 24. | あなたは今までヨーロッパ大陸の外で生活したことがありますか？                    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 25. | あなたは 1980 年から 1996 年の間にイギリスに通算 1 年以上滞在したことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
- あなたやあなたの親の出生地がヨーロッパ大陸以外の場合は、医師に申告して下さい。

**直近 4 か月の間に、あなたは：**

- |     |                                   |  |
|-----|-----------------------------------|--|
| 26. | 医師による治療を受けましたか？                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 27. | 薬を服用しましたか？ はい の場合はリストしてください。      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 28. | 入院した、または麻酔を受けましたか？                | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 29. | 伝染性疾患のある人と接触しましたか？                | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 30. | ワクチンの接種をしましたか？                    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 31. | 発熱性胃腸炎（発熱を伴う下痢）に罹りましたか？           | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 32. | 尿路感染症に罹りましたか？                     | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 33. | わずかでも出血しましたか？                     | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 34. | 潰瘍（静脈瘤性潰瘍、怪我による感染など）はありますか？       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 35. | 内視鏡検査（胃、大腸など）を受けましたか？             | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 36. | 浸潤、静脈瘤硬化症、耳の治療、鍼治療、脂肪溶解注射を受けましたか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 37. | 他人の傷口や血液に接触をしましたか？                | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 38. | タトゥーやピアスの施術をしましたか？                | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

**あなたが女性の場合：**

- |     |                             |  |
|-----|-----------------------------|--|
| 39. | 妊娠していますか？                   |  |
| 40. | 出産、または 6 か月以内に中絶したことはありますか？ |  |

**直近 2 週間以内に、あなたは：**

- |     |                                      |  |
|-----|--------------------------------------|--|
| 41. | アレルギー物質の注射による減感作療法を受けましたか？           | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 42. | 感染性の発熱（38 度以上）がありましたか？               | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 43. | 消化器系の問題がありましたか？                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 44. | 薬を服用しましたか？ はい の場合は、どの薬ですか？           | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 45. | 歯科の治療を受けましたか？                        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 46. | あなたは法的な身上の保護（後見、保佐、司法的救済）に置かれていませんか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 47. | 説明文書に記載された情報と、これまでの質問を読みましたか？        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 48. | 何かわからないことがありますか？                     | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 49. | 何か質問がありますか？                          | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

あなたは、献血以外にも献血事業に寄付などで貢献できますので、何ら不快に感じたり恥じたりすることなく、いつでも採血を中断できます。





献血頂いた血液に対しては、感染症検査が実施されます。しかし、感染症の発症と肯定的な検査結果が得られるまでの間には、常に遅延が存在します。

**採血前の問診は、感染症のリスクを評価するために行います。**

医師は、あなたと一緒に、以下に記載されている点について検討します。

これまでに、薬物の静注やドーピング物質の使用を行ったことがある。

直近 4 か月の間に、

- 性的パートナーを変更した
- 複数の性的パートナーをもっていた
- 不特定のパートナーとの性的関係があった
- 梅毒などの性感染症を有していた

男性間の性的関係があった

### **感染症に関連するリスク**

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 50. あなたは、上記のような状況に該当しますか？       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 51. あなたのパートナーが、上記のような状況に該当しますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

**献血後、あなたは、渡された文書に記載されている採血番号を用いて、医師に連絡できます。**

フランス血液機構は、2004年8月6日付法律第2004-801号による、コンピュータの情報、ファイル、自由に関する1978年1月6日付法律第78-17号改正法の規定に従い、採血前の問診及び面接においてあなたに知らされなかった特定の事項について、コンピュータに保管された情報及びあなたが記入した情報自体に基づいた情報を開示します。献血血液の検査結果は、フランス血液機構によるデータ処理の対象となります。この処理は、供血者と患者のためのものです。あなたは情報にアクセスでき、間違いがもしあれば修正や削除ができます。これらの権利の行使にあたっては、地域の血液センターの責任者に連絡をとってください。供血者の個人情報及び採血前の問診情報ならびに献血血液の検査結果等に関する情報の保護に必要な個人情報及び健康上の情報ならびに検査データの漏洩を防止するためのすべての措置は、厳正に図られています。



## Vous allez donner votre sang Au nom du million de malades qui chaque année a besoin d'une transfusion sanguine ou de médicaments dérivés du sang, nous vous en remercions.

À chacune des étapes de votre don, vous serez accueilli(e) par des professionnels de l'Établissement Français du Sang qui répondront, si vous le souhaitez, à toutes vos questions.

1

Vous êtes accueilli(e)  
et inscrit(e)  
pour votre don

2

Vous remplissez  
le questionnaire

3

Vous rencontrez  
le médecin pour  
l'entretien pré-don

4

Vous effectuez  
votre don de sang,  
de plaquettes,  
de plasma

5

Vous êtes accueilli(e)  
dans l'espace repos  
où une collation  
vous sera offerte

Des bénévoles, membres d'associations de donneurs de sang, assurent parfois l'accueil des donneurs et peuvent servir la collation. Leur présence participe à faire du don du sang un moment convivial.

### DES ÉCHANTILLONS DE SANG SONT PRÉLEVÉS À CHAQUE DON

Ils permettent de dépister les éventuels virus (VIH, hépatites B et C), ainsi que d'autres agents transmissibles par le sang (syphilis, parasites) qui peuvent mettre en danger la santé des malades.

Si une anomalie est détectée, l'unité prélevée n'est pas transfusée. Si nécessaire, des tests supplémentaires peuvent être alors réalisés. L'EFS vous informe alors personnellement et vous précise si vous pouvez ou non poursuivre vos dons de sang.

### INFORMATIONS SUR LE SANG

Le sang est composé de cellules (globules rouges, globules blancs et plaquettes) baignant dans un liquide (le plasma) riche en protéines (albumine, immunoglobulines, facteurs de coagulation...).

Sa fonction est multiple :

- transporter l'oxygène (globules rouges) ;
- lutter contre les infections (globules blancs et immunoglobulines) ;
- lutter contre les saignements (plaquettes et facteurs de coagulation) ;
- maintenir la pression sanguine (albumine)...

### INFORMATION BIOTHÈQUE

Un échantillon de votre plasma sera congelé et conservé pendant 5 ans après votre don. Cette précaution permet de réaliser à distance des analyses complémentaires en rapport avec la sécurité transfusionnelle, notamment en cas d'apparition d'une anomalie chez un patient ayant reçu des transfusions à partir de votre sang. Éventuellement, cet échantillon pourra être utilisé pour des études épidémiologiques utiles à la santé publique.



## QUE DEVIENT VOTRE DON ?

### Utilisation thérapeutique

Les produits sanguins issus des dons sont indispensables pour traiter les très nombreuses personnes malades (cancers, leucémies...), victimes d'accident, ou qui vont subir une lourde intervention chirurgicale.

### Utilisation non thérapeutique (notamment à usage de laboratoire, de recherche ou d'enseignement)

L'EFS fournit à certains partenaires ou à ses propres laboratoires des éléments du sang indispensables à l'enseignement (apprentissage des analyses sanguines pour les métiers de la santé dans les lycées et les universités) ; à la fabrication de réactifs sanguins indispensables à certaines analyses biologiques (groupages sanguins, tests de coagulation,...) ; à des laboratoires de recherche.

Lorsque tout ou partie du don ne peut être utilisé pour la préparation de produits sanguins pour une transfusion, il peut être réorienté vers ce type d'utilisation au lieu d'être détruit. De façon très exceptionnelle, une partie du don pourrait être réorientée vers une utilisation de laboratoire en fonction de caractéristiques spéciales du sang, et de l'urgence du besoin. Dans cette éventualité, votre accord écrit est nécessaire, et le médecin peut vous apporter toutes les précisions utiles.

Dans certains cas, un don à usage non thérapeutique vous est directement proposé par le médecin, soit en fonction de certaines caractéristiques de votre sang, soit parce que l'entretien révèle une contre-indication médicale au don de sang. Dans ce cas, il vous délivrera une information spécifique et le prélèvement ne sera réalisé qu'avec votre accord écrit. Si des analyses biologiques particulières sont nécessaires en complément des examens réglementaires, le médecin vous le précisera.

## LES DIFFÉRENTS TYPES DE DON

### Le don de sang total

Il dure 8 à 12 minutes. L'infirmier(e) prélève une poche de sang ainsi que des tubes échantillons permettant d'effectuer les contrôles biologiques. Il permet la préparation d'un concentré de globules rouges, d'un concentré de plaquettes et d'une unité de plasma. Le plasma permet aussi la préparation de bio-médicaments.

### Le don de plasma, de plaquettes, de granulocytes ou de globules rouges (don en aphérèse)

Le sang est prélevé et séparé en ses différents composants. Seuls les composants dont les malades ont besoin sont collectés, les autres sont restitués au donneur. Selon le produit sanguin prélevé, la durée du don varie de 30 à 90 minutes.

## INFORMATIONS SUR LE DON DE SANG

Le matériel de prélèvement (aiguille, tube et poche) est stérile et à usage unique. Le prélèvement est effectué dans des conditions strictes d'hygiène par une personne spécialement qualifiée. Un malaise peut parfois survenir à l'occasion d'un don. Appelé malaise vagal, il est dû à une baisse passagère de la tension artérielle, et le plus souvent lié à l'anxiété. Il peut arriver qu'un malaise survienne dans les heures qui suivent le don. Le personnel médical vous remettra un document à conserver qui contient quelques recommandations simples pour éviter ces désagréments. Il est notamment important de boire avant et après le don, et de respecter le temps de repos nécessaire lors de la collation.

Comme pour toute prise de sang, un hématome peut survenir au point de ponction. Il disparaît en quelques jours.

En cas de sensation d'inconfort, pendant ou après le don, signalez-le sans délai au personnel de l'EFS.

## PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

- En application des dispositions de la loi no 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés telle que modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, nous vous informons que certaines des informations qui vous sont demandées, notamment à l'occasion de l'inscription, du questionnaire pré-don et de l'entretien préalable au don, feront l'objet d'un enregistrement informatique par l'Établissement Français du Sang ainsi que certaines informations vous concernant, collectées à l'occasion du don de sang lui-même. Les résultats de qualification biologique du don feront l'objet d'un traitement informatique par l'Établissement Français du Sang. Ce traitement est destiné à permettre la gestion des donneurs et des receveurs de sang. Vous disposez d'un droit d'accès, et en cas d'inexactitude, de rectification et de suppression.
- Pour exercer ces droits, il suffit de s'adresser au directeur de l'établissement de transfusion sanguine de la région dont dépend le site de collecte.
- Toutes les mesures nécessaires sont prises pour assurer la protection, la sécurité et la confidentialité des données personnelles concernant le donneur, fournies et collectées par nos services lors de l'entretien pré-don et lors du don y compris les résultats de qualification biologique du don, afin d'empêcher la divulgation non autorisée des données traitées et notamment de l'identité du donneur, des informations relatives à sa santé et des résultats des examens pratiqués.

**Pour plus d'informations sur le don du sang ou pour connaître les autres sites de collecte dans toute la France :**

**N° Vert 0 800 109 900**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE



Etablissement Français du Sang

LE LIEN ENTRE LA GÉNÉROSITÉ DES DONNEURS DE SANG ET LES BESOINS DES MALADES

## あなたの献血は

輸血や血液製剤を必要としている年間約 100 万人の患者に役立てられます。ご協力を感謝申し上げます。

ご質問があれば、献血のどの段階であっても、フランス血液機構の専門家にお訊ね頂ければお答えします。

① 成分献血を歓迎します	② 問診票にご記入下さい	③ 医師による採血前の問診を受けてください	④ 全血、血漿成分、血小板成分の何れかを採血します	⑤ 採血後は、休憩エリアで軽食を用意しています
-----------------	-----------------	--------------------------	------------------------------	----------------------------

献血ドナー協会の会員が、ボランティア事業として軽食を提供差し上げることがあります。これは、献血のひとつときをより楽しんで頂くことを願って行われるものです。

### 全ての献血血液から検体を採取します

検体の検査により、患者の健康を危険にさらすおそれのあるウイルス（HIV、B型・C型肝炎）やその他伝染性の感染源（梅毒、寄生虫）の検出が行われます。何らかの異常が発見された場合は、採血された血液が輸血されることはありません。必要と判断された場合は、追加の検査が行われます。その場合、EFSはあなたに個人的に連絡し、あなたが今後献血できるかについて通知します。

### 血液について

血液は、赤血球や白血球などの細胞成分、血小板、液性の血漿成分（アルブミン、免疫グロブリン、フィブリノーゲンなど）で構成されています。これらの成分には各々の役割があります。

- 酸素など血液ガスの運搬（赤血球）
- 感染症との戦い（白血球と免疫グロブリン）
- 出血との戦い（血小板とフィブリノーゲン）
- 血圧の維持（アルブミン）

### 検体保管について

あなたの血漿の検体は、採血後 5 年間凍結状態で保存されます。この措置は、あなたの血液から輸血を受けた患者に異常が発生した場合、血液の安全性確保に関連する追加的な分析を目的として予防的に行われます。検体は、必要に応じて公衆衛生に有用な疫学的研究目的で使用されます。





## 献血は何に使われますか？

### 治療における使用

献血血液からつくられた血液製剤は、さまざまな疾患（がん、白血病など）、事故によるけが、外科手術などに用いられます。

### 治療以外における使用（主に実験、研究、教育）

EFS は、献血血液の一部を関係機関等の教育目的（専門学校や大学における医療従事者養成教育における血液検査実習）や、実験室における試薬調製過程における生化学実験（血液型、凝固検査など）に用います。

規制により、補助金の全部または一部が輸血用血液製剤の事前調製のために使用できない場合には、廃棄せずに教育目的等で活用されます。しかし献血血液の一部が特別な血液特性を有している場合や、緊急の必要性が認められる場合には、ごく例外的に実験室で利用できるようになりました。この場合はあなたの書面による同意が必要であり、医師はあなたに必要なすべての情報を提供します。

また、あなたの血液の特性によっては、医師があなたに医学的な適応性を明らかにしたうえで、あなた自身に当該血液を戻し、必要な情報等を提供することがあります。これらはあなたの書面による同意を得てのみ行われます。規制をクリアするために特別な実験を要する場合、医師はあなたに明確な説明をします。

## 採血の種類

### 全血献血

所要時間は 8 分から 12 分です。看護師が血液バッグと採血チューブを設置し、濃厚赤血球、濃厚血小板、原料血漿に分離できるようにします。血漿はバイオ医薬の製造に用いられます。

### 血漿、血小板、赤血球、顆粒球献血（アフエレンス）

採血した血液は、これら種々の成分に分離されます。病気の治療に必要な成分以外は、献血者の体内に戻されます。所要時間は、供血成分の種類により、30 分から 90 分となります。

## 献血に関する情報

採血装置（針、チューブ、バッグ）は無菌処理され、使い捨てです。採血における衛生管理は、特別な有資格者によって厳格に行われています。採血中にめまいが発生する可能性があります。これは血管迷走神経反応と呼ばれ、血圧の一時的な低下現象であり、ほとんどの場合は不安によるものです。採血が終わった後に発生することもあります。採血に伴う副作用については、あなたの不快感を回避するために、医療スタッフがいくつかの簡単なアドバイスを書面で提供します。採血の前後に水分をとることは、採血後に軽食をとるなどすることが特に重要です。一般の血液検査と同様に、採血針を刺した部分に血腫ができることがありますが、これは数日で消えます。採血の間または採血後に何か不快に感じた場合は、ただちに EFS のスタッフに申し出て下さい。

## 個人情報の保護

- フランス血液機構は、2004 年 8 月 6 日付法律第 2004-801 号による、コンピュータの情報、ファイル、自由に関する 1978 年 1 月 6 日付法律第 78-17 号改正法の規定に従い、採血前の問診及び面接においてあなたに知らされなかった特定の事項について、コンピュータに保管された情報及びあなたが記入した情報自体に基づいた情報を開示します。献血血液の検査結果は、フランス血液機構によるデータ処理の対象となります。この処理は、供血者と患者のためのものです。あなたは情報にアクセスでき、間違いがもしあれば修正や削除ができます。
- これらの権利の行使にあたっては、地域の血液センターの責任者とコンタクトをとってください。
- 供血者の個人情報及び採血前の問診情報ならびに献血血液の検査結果等に関する情報の保護に必要な、個人情報及び健康上の情報ならびに検査データの漏洩を防止するすべての措置は、厳正に図られています。

献血についてご不明な点や、全国の献血場所についてはこちら：

 **0 800 109 900**  
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

[www.dondusang.net](http://www.dondusang.net)



(© Etablissement Français du Sang)

Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand			
1.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fühlen Sie sich <b>krank</b> oder sind Sie <b>krankgeschrieben</b>?</li> <li>Haben Sie heute schon gegessen und getrunken? *</li> <li>Wiegen Sie mindestens 50kg? *</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
2.	Hatten Sie in der letzten Woche <ul style="list-style-type: none"> <li>einen unkomplizierten Infekt (z. B. Schnupfen, Erkältung, Harnwegsinfekt) ohne Fieber,</li> <li>eine zahnärztliche Behandlung oder professionelle Zahnreinigung,</li> <li>eine Verletzung oder einen kleinen operativen Eingriff?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
3.	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Durchfall, anhaltende Bauchschmerzen, Erbrechen, eine Entzündung oder Fieber?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.	Waren Sie in den letzten 4 Monaten im Krankenhaus, beim Arzt oder beim Heilpraktiker?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5.	Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen ( <u>ggf. unterstreichen</u> ): <ul style="list-style-type: none"> <li>Herz- oder Gefäßerkrankung (z. B. Thrombose, Herzrhythmusstörung, Schlaganfall, Herzinfarkt),</li> <li>Nervenerkrankung (z.B. Epilepsie),</li> <li>Erkrankung von Haut, Blut, Lunge (z. B. Asthma), Leber, Niere, Magen oder Darm; chronische Erkrankungen wie Allergien, Zuckerkrankheit,</li> <li>Tumor (z.B. Krebs)?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
6.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ist Ihnen schon einmal gesagt worden, dass Sie kein Blut spenden dürfen?</li> <li>Hat es bei einer früheren Blutentnahme/Blutspende Komplikationen gegeben?</li> <li>Spenden Sie auch in anderen Blutspende-Einrichtungen?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
7.	Konsumieren Sie Medikamente oder Rauschmittel missbräuchlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8.	Werden Sie in den nächsten 12 Stunden Tätigkeiten in Beruf oder Hobby ausüben, die Sie oder andere gefährden könnten (z. B. Personenbeförderung, Tätigkeit mit Absturzgefahr oder erheblicher körperlicher Belastung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sind Sie schwanger oder stillen Sie?</li> <li>Waren Sie <b>jemals</b> schwanger?</li> <li>Wenn ja, wann zuletzt? .....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Fragen zu Infektionskrankheiten, die durch Blut übertragen werden können			
10.	Wurde bei Ihnen jemals <ul style="list-style-type: none"> <li>eine Leberentzündung („Gelbsucht“), z. B. Hepatitis A, Hepatitis B oder Hepatitis C festgestellt?</li> <li>eine Infektion mit HIV (AIDS) oder HTLV nachgewiesen?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
11.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Akupunktur?</li> <li>Haben Sie sich in den letzten 4 Monaten tätowieren lassen oder einer anderen Maßnahme unterzogen, die Haut oder Schleimhaut verletzt wie Piercing, Ohrlochstechen, Botoxspritzen, permanentes Make-up, Body Modification?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
12.	Haben Sie in den letzten 4 Monaten mit einer Person in einem Haushalt gelebt, bei der eine Leberentzündung (Hepatitis) festgestellt wurde?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13.	Sind Sie in den letzten 4 Monaten in Berührung mit Blut einer anderen Person gekommen, z.B. über die Schleimhaut (auch Auge) oder durch eine Verletzung mit einem Instrument (z.B. Injektionsnadel)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14.	Haben Sie innerhalb der letzten 2 Jahre eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma - auch Eigenblut) erhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
15.	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Operation, eine Gewebetransplantation, eine Endoskopie (z. B. Magen-, Blasen-, Darm- oder Gelenkspiegelung), eine Katheteranwendung oder wurde Ihnen Gewebe entnommen (Biopsie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

16.	Über den Sexualverkehr können Infektionen, wie z.B. HIV oder Hepatitis, übertragen werden. Direkt nach der Ansteckung mit HIV und/oder Hepatitis kann ein Spender ohne es zu wissen infiziert sein und durch sein Blut den Empfänger der Spende anstecken. Leider können Labortests eine Infektion zum Teil erst bis zu 4 Monate nach der Ansteckung nachweisen. Daher schützen Sie mit Ihrer ehrlichen Antwort die Empfänger Ihrer Spende.		
	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Sexualverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mit einer neuen Partnerin / einem neuen Partner?</li> <li>• mit einer Person, die eine schwere Infektionskrankheit (z.B. AIDS oder Hepatitis) hat oder haben könnte?</li> <li>• für den Sie Geld oder andere Leistungen (Unterkunft, Drogen) bezahlt haben?</li> <li>• <b>Nur für Frauen:</b> mit einem bisexuellen Mann?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haben Sie schon einmal Geld oder andere Leistungen für Sexualverkehr erhalten?</li> <li>• <b>Nur für Männer:</b> Hatten Sie schon einmal Sexualverkehr mit einem anderen Mann?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Haben Sie schon einmal Drogen gespritzt, oder geschnupft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Waren Sie innerhalb der letzten 4 Monate in Haft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Haben Sie in den letzten 4 Monaten Spritzen erhalten, die nicht vom Arzt verschrieben wurden (z.B. Muskelaufbaupräparate)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	• Haben Sie jemals Frischzellen, bzw. Gewebe (Transplantate) oder Gewebeextrakte von Tieren erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Sind Sie in den letzten 12 Monaten nach Tierkontakt gegen Tollwut geimpft worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Erhielten Sie in den letzten 12 Monaten tierisches Serum (z.B. gegen Schlangenbisse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	• Sind Sie außerhalb Europas geboren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Haben Sie jemals länger als 6 Monate außerhalb Europas gelebt? <b>Wenn ja, wo?</b> ..... <b>Wann?</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Waren Sie in den letzten 6 Monaten, auch kurzfristig, im Ausland? <b>wo?</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Wurde bei Ihnen jemals eine Malaria festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Haben oder hatten Sie eine Tuberkulose, Osteomyelitis, Syphilis, Rheumatisches Fieber, Toxoplasmose, Salmonelleninfektion (Typhus- oder Paratyphus), Q-Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden seltenen Erkrankungen festgestellt: Chagas-Krankheit (Trypanosomiasis), Brucellose, Babesiose, Leishmaniose, Lepra, Melioidose, Rückfallfieber, Hasenpest (Tularämie), Fleckfieber oder andere Rickettsiosen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fragen zu möglichen Rückständen von Arzneimitteln im Blut</b>			
25.	Haben Sie innerhalb der letzten 4 Wochen Tabletten o.a. Medikamente eingenommen, wie z.B. Antibiotika, Schmerzmittel (auch Aspirin, ASS), Mittel gegen Bluthochdruck oder andere? <b>Wenn ja, welche?</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Haben Sie jemals Tabletten zur Behandlung von Schuppenflechte oder schwerer Akne eingenommen (z.B. Tigason <sup>®</sup> , Neo-Tigason <sup>®</sup> , Roaccutan <sup>®</sup> )?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft? <b>Wenn ja, gegen welche Erkrankungen?</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fragen nach übertragbaren Hirnerkrankungen</b>			
28.	Wurde bei Ihnen oder einem Ihrer Blutsverwandten die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit oder eine ähnliche Erkrankung festgestellt oder bestand jemals ein Verdacht auf eine dieser Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	• Wurden Sie vor 1986 mit Hormonen der Hirnanhangdrüse, z.B. wegen Wachstumsstörungen, Unfruchtbarkeit, Endometriose behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Haben Sie jemals Hornhaut -, Hirnhaut - oder andere Transplantate erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	• Haben Sie sich in der Zeit zwischen dem 01.01.1980 und 31.12.1996 insgesamt länger als 6 Monate im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland aufgehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Sind Sie im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland nach dem 01.01.1980 operiert worden oder haben Sie dort eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma) erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Aufnahme der Fragen in den Spenderfragebogen ist nicht verpflichtend.

Die gelb hinterlegten Zusatzangaben des Spenders müssen nicht auf einem selbst auszufüllenden Fragebogen dokumentiert werden, sondern können auch im Gespräch mit dem ärztlichen Spendepersonal erfragt und dokumentiert werden.

全血及び血漿成分供血者向け統一問診票

全血及び血漿成分供血者向け統一問診票（第2版） - 2015年1月13日現在

あなたの健康状態に関する一般的な質問			
1.	<ul style="list-style-type: none"> <li>病気にかかっていたり、気分が悪いことはありますか？</li> <li>今日、食べたり飲んだりしましたか？</li> <li>体重は 50kg 以上ですか？</li> </ul>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ
2.	この一週間に、 <ul style="list-style-type: none"> <li>発熱以外で治っていない症状（例：寒気、風邪、尿路感染症）はありますか？</li> <li>歯科の治療や歯のクリーニングをしましたか？</li> <li>怪我や小手術をしましたか？</li> </ul>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ
3.	<ul style="list-style-type: none"> <li>過去 4 週間に、下痢や持続性の腹痛、嘔吐、炎症、発熱はありましたか？</li> </ul>	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4.	<ul style="list-style-type: none"> <li>過去 4 か月間に、医療機関で勤務したことや、医師や医療従事者であったことはありますか？</li> </ul>	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5.	以下のうち一つ以上に該当しますか？（該当するものに下線を引いて下さい） <ul style="list-style-type: none"> <li>心臓や血管の疾患（例：血栓症、不整脈、脳卒中、心臓発作）</li> <li>神経疾患（例：てんかん）</li> <li>皮膚・血液・肺（例：喘息）・肝臓・腎臓・胃・腸の疾患、アレルギーなどの慢性疾患、糖尿病</li> <li>腫瘍（例：癌）</li> </ul>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ
6.	<ul style="list-style-type: none"> <li>過去に、あなたは献血するべきでないと言われたことはありますか？</li> <li>過去に、血液合併症を起こしたことはありますか？</li> <li>他の施設で献血したことはありますか？</li> </ul>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ
7.	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬物や覚せい剤を使用したことはありますか？</li> </ul>	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8.	今から 12 時間に、あなたの職業や趣味のうえで、ご自身や他の人を危険にさらすおそれのある活動を行いますか？（例：旅客運送業務、高所での活動、激しい運動）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9.	<ul style="list-style-type: none"> <li>妊娠中または授乳中ですか？</li> <li>妊娠したことはありますか？</li> <li>妊娠したことがある場合、最後の出産はいつでしたか？</li> </ul>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ
血液を介する感染症についての質問			
10.	今まで、以下の何れかに診断されましたか？ <ul style="list-style-type: none"> <li>肝臓の炎症（黄疸）、A 型肝炎、B 型肝炎、C 型肝炎</li> <li>HIV/AIDS、HTLV</li> </ul>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ
11.	<ul style="list-style-type: none"> <li>過去 4 か月間に、鍼治療をしましたか？</li> <li>過去 4 か月間に、タトゥーやピアシングなど皮膚を傷つける行為、耳ピアス穴あけ、ボトックス注射、整形手術、身体改造をしましたか？</li> </ul>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ
12.	過去 4 か月間に、肝臓の炎症（肝炎）と診断された方と同じ世帯で住んだことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13.	過去 4 か月間に、他人の血液と接触しましたか？（例：粘膜接触（眼を含む）、注射針による誤刺）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14.	過去 2 年間に、輸血（赤血球、血漿、血小板、自己血）を受けましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
15.	過去 4 か月間に、手術、組織移植、内視鏡検査（例：胃、膀胱、腸、関節）、カテーテル治療、生検（組織採取）を受けましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

16.	<b>HIV や肝炎のような感染症は、性行為によってただちに、当人が気づかないまま伝播され、献血血液から輸血を受ける患者にも感染します。残念なことに、実際に感染しても、ときに4か月間も感染が判明しません。つまり、あなたの正直な回答が、献血血液を受け取る人の健康を守ることになります。</b>		
	過去4か月間に、性行為を、		
	・新しいパートナー、または、他のパートナーとしましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・重篤な感染症（例：AIDS、肝炎）の疑いのある人としましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・した際、お金の支払いまたは宿泊代やクスリ代の負担をしましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・した女性にお訊ねします：パイセクシュアルの男性としましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・した際、お金またはその他の利益を受け取りましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・した男性にお訊ねします：男性としましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
17.	今まで、薬物を注射または鼻吸引しましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
18.	過去4か月間に、刑務所にいましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
19.	過去4か月間に、医師の施術以外での注射（例：筋肉増強剤注射）をしましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
20.	・今まで、動物由来の細胞または組織抽出物の移植をしましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・過去12か月間に、狂犬病のおそれがある動物と接触後にワクチンを接種しましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・過去12か月間に、抗毒血清（例：ヘビ）の注射をしましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
21.	・出生地は、ヨーロッパ以外ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・ヨーロッパ以外に6か月以上住んだことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	はいの場合、どこですか？ _____, いつですか？ _____	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・過去6か月間に、たとえ短期間でも、外国にいましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	はいの場合、どこですか？ _____	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
22.	今まで、マラリア熱に罹ったことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
23.	結核、骨髄炎、梅毒、リウマチ熱、トキソプラズマ症、サルモネラ菌感染症（腸チフスやパラチフス）、Q熱にかかったことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
24.	今まで、以下何れかの稀な病気にかかったことがありますか？ シャーガス病（トリパノソーマ症）、フルセラ症、バベシア症、リーシュマニア症、ハンセン病、類鼻疽、野兎病、チフス、リケッチア感染症	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>血液における薬物の残存可能性についての質問</b>			
25.	過去4週間に、例えば抗生物質、鎮痛剤（アスピリン、アセチルサリチル酸）、降圧剤などの錠剤を服用しましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	はいの場合、それは何ですか？ _____	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
26.	今まで、乾癬または重度のにきび治療用の錠剤（チガソン <sup>®</sup> 、ネオチガソン <sup>®</sup> 、ロアキュタン <sup>®</sup> ）を服用したことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
27.	過去4週間に、ワクチンの接種をしましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	はいの場合、どの疾患用ですか？ _____	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>脳の伝染病に関する質問</b>			
28.	あなた自身やあなたの血縁者が、クロイツフェルト・ヤコブ病と診断されたこと、または疾患の疑いが持たれたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
29.	・1986年以前に下垂体ホルモンの異常による疾患（例：成長障害、不妊症、子宮内膜症）の治療を受けましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・角膜または髄膜の移植を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
30.	・1980年1月1日から1996年12月31日までの間に、イギリスに通算6か月以上滞在したことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・1980年1月1日以降に、イギリスで手術または輸血（赤血球、血漿、血小板）を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

\* 供血者の問診時における録音は、必要要件とされない。

黄色マーカーの部分は供血者が回答時に記入するのではなく、医療スタッフが供血者との問診時に記入する。