

3. 前回の記録との照合

複数回供血している者については、毎回上記 2. の全項目の検査を行う。血液型が前回の検査結果と不一致である場合には、必ず新たに採血された検体を用いて再検査を行い、その原因を究明し、そのことを記録する。

問 診 票		質 問 事 項		質 問 事 項	
この問診票は、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お断りしています。					
1	今日の体調はよろしいですか。	はい・いいえ ☐ はい ☐ いいえ	9	今までに輸血や臓器の移植を受けたことがありますか。	はい・いいえ ☐ はい ☐ いいえ
2	この3日間に 注射や服薬をしましたか。 歯科治療（歯石除去を含む）を受けましたか。	はい・いいえ ☐ はい ☐ いいえ	10	B型やC型の肝炎ウイルス保有者（キャリア）と言われたことがありますか。	はい・いいえ ☐ はい ☐ いいえ
3	今までに次の病気等にかかったことがありますか。 または現在かかっていますか。 マラリア、梅毒、肝臓病、乾せん、心臓病、脳卒中、 血液疾患、がん、けいれん、腎臓病、糖尿病、結核、 ぜんそく、アレルギー疾患、外傷・手術、 その他（ ）	はい・いいえ ☐ はい ☐ いいえ	11	次のいずれかに該当することがありますか。 ①CJD（クロイツフェルト・ヤコブ病）及び 類癩疾患と医師に言われたことがある。 ②血縁者にCJD及び類癩疾患と診断された人がいる。 ③人由来成長ホルモン注射を受けたことがある。 ④角膜移植を受けたことがある。 ⑤硬膜移植を伴う脳外科手術を受けたことがある。	はい・いいえ ☐ はい ☐ いいえ
4	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、帯状疱疹、水痘 1か月以内—発熱を伴う食中毒様の激しい下痢 6か月以内—伝染性単核球症	はい・いいえ ☐ はい ☐ いいえ	12	女性の方：現在妊娠中、または授乳中ですか。 この6か月間に出産、流産をしましたか。	はい・いいえ ☐ はい ☐ いいえ
5	この1か月間に家族にA型肝炎やリンゴ病（伝染性紅斑）を 発症した人はいいますか。	はい・いいえ ☐ はい ☐ いいえ	13	Eイズの検査を受けるための献血ですか。	はい・いいえ ☐ はい ☐ いいえ
6	この1年間に予防接種を受けましたか。	はい・いいえ ☐ はい ☐ いいえ	14	この1年間に次のいずれかに該当することがありまし たか。（該当する項目を選ぶ必要はありません） ①不特定の異性と性的接触をもった。 ②男性の方：男性と性的接触をもった。 ③エイズ検査（HIV検査）で陽性とされた。 ④麻薬・覚せい剤を注射した。 ⑤①～④に該当する者と性的接触をもった。	はい・いいえ ☐ はい ☐ いいえ
7	1980年（昭和55年）以降、海外に旅行または住んでいたこと はありますか。このうち、（国・都道府県） ①それ以外の国・都道府県で（ ） ②1980年（昭和55年）～1996年（平成8年）の間に（ ） ③1980年（昭和55年）～1996年（平成8年）の間に（ ） 以上滞在しましたか。（はい・いいえ）	はい・いいえ ☐ はい ☐ いいえ	回答訂正番号		
8	この1年間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肝炎ウイルス保有者（キャリア）と性的接触等親密な 接触があった。	はい・いいえ ☐ 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-I （ヒトリンパ球性ウイルス-I型）等の検査が行われることを 了解し、献血します。		
(注意) 1. 献血される方は、「はい・いいえ」欄の該当する方に ■ 印を ご記入願います。		署 名			
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。					

4. 副作用予防対策

1) 高単位輸血用血液製剤