

問 診 票

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うかがうものです。
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ています。

質 問 事 項		質 問 事 項	
1	今日の体調はよろしいですか。	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	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、 せんそく、アレルギ－疾患、外傷、手術、 その他（ ）	はい・いいえ ☐ はい ☐ いいえ	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	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	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	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。（国・都府名） ①それはどこですか。（国・都府名） ②いつからいつまでの期間ですか。 ③1980年（昭和55年）～1986年（昭和61年）の間に英国に1 年以上滞在しましたか。（はい・いいえ）	はい・いいえ ☐ はい ☐ いいえ	はい・いいえ ☐ はい ☐ いいえ
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	はい・いいえ ☐ はい ☐ いいえ

（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。
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。

回答訂正番号 _____ 番

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。

署 名 _____

4. 副作用予防対策

1) 高単位輸血用血液製剤

抗原感作と感染の機会を減少させるため、可能な限り高単位の輸血用血液成分、すなわち2単位の赤血球濃厚液、成分採血由来の新鮮凍結血漿や血小板濃厚液を使用する。