

# 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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
3	今までに次の病気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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	11	次のいずれかに該当することがありますか。 ① CJD(クロイツフェルト・ヤコブ病)及び類縁疾患と 医師に言われたことがある。 ② 血縁者にCJD及び類縁疾患と診断された人がいる。 ③ 人由来成長ホルモンの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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
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ヶ月以内-発熱を伴う食中毒様の激しい下痢 6ヶ月以内-伝染性単核球症	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	12	<b>女性の方</b> ：現在妊娠中、または授乳中ですか。 この6ヶ月間に出産、流産をしましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
5	この1ヶ月間に家族にA型肝炎やリンゴ病(伝染性紅斑) を発症した人はいますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	13	エイズの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"/>
6	この1年間に予防接種を受けましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	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 <b>男性の方</b> ：男性と性的接触をもった。 ③ エイズ検査(HIV検査)で陽性と言われた。 ④ 麻薬・覚せい剤を注射した。 ⑤ ①~④に該当する者と性的接触をもった。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
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。 ① それはどこですか。(国・都市名 ) ② いつ、どのくらいの期間ですか。( ) ③ 1980年(昭和55年)~1996年(平成8年)の間に英国に1泊以 上滞在しましたか。(はい  いいえ )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>			
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	回答訂正番号 <span style="float: right;">番</span>		

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-1  
(ヒトリンパ球向性ウイルス-1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。  
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。

署 名	
-----	--

# 問診票(改訂案)

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・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14 海外から帰国(入国)して4週間以内ですか。	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <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・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15 1年以内にヨーロッパ・米国・カナダ以外の外国に滞在しましたか。 (国名 )	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <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・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16 4年以内にヨーロッパ・米国・カナダ以外の外国に1年以上滞在しましたか。 (国名 )	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <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・プロスカール(1ヵ月以内)、アボダート(6ヵ月以内)	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	17 英国に1980(昭和55)年～1996(平成8)年の間に1泊以上滞在しましたか。	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <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)、プラセンタ注射薬(ラエンネック・メルスモン等)	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	18 ヨーロッパ(英国も含む)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 <input type="checkbox"/> <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・いいえ <input type="checkbox"/> <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・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> <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。 (該当する項目を選ぶ必要はありません) ①不特定の異性または新たな異性と性的接触をもった。 ②男性同士で性的接触をもった。 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) ⑤①～④に該当する人と性的接触をもった。	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <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、帯状ぼうしん、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 <input type="checkbox"/> <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ましたか。	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <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・いいえ <input type="checkbox"/> <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人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 <input type="checkbox"/> <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・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	23 女性の方へ: 現在妊娠中または授乳中ですか。 この6ヵ月以内に産産、流産をしましたか。	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	回答訂正番号 _____ 番	
12	今までに次の病気等にかかったか、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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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-1(ヒトTリンパ球向性ウイルス-1型)等の検査が行われることを了解し、献血します。	
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、パベシア症、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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	署名 _____ 2009.0203	

現行問診票と改訂案との対照表(案)

2009.02.05版

現行の問診項目		問診項目の改訂案	
1	今日の体調はよろしいですか。	1	今日の体調は <u>良好</u> ですか。
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。	2	3日以内に <u>出血</u> を伴う歯科治療（抜歯、歯石除去等）を受けましたか。
		3	3日以内に薬を飲んだり、注射をしましたか。
		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。 <u>プロペシア・プロスカ</u> （1ヵ月以内）、 <u>アボダート</u> （6ヵ月以内）
		5	次の薬を使用したことがありますか。 <u>乾せん治療薬</u> （チガソン）、 <u>プラセンタ注射薬</u> （ラエンネック・メルスモン等）
3	今までに次の病気等にかかったことがありますか。 また現在かかっていますか。 <u>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</u> （ ）	11	<u>1年以内</u> 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（ ）
		12	今まで次の病気等にかかったか、あるいは現在治療中ですか。 <u>B型肝炎、がん</u> （悪性腫瘍）、血液疾患、心臓病、脳卒中、 <u>てんかん</u>
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ヵ月以内 — 発熱を伴う食中毒様の激しい下痢 6ヵ月以内 — 伝染性単核球症	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— <u>発熱を伴う下痢</u> 6ヵ月以内—伝染性単核球症、 <u>リンゴ病</u> （伝染性紅斑）
			9
6	この1年間に予防接種を受けましたか。	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。
		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。

7	<p>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。</p> <p>①それはどこですか。(国・都市名 )</p> <p>②いつ、どのくらいの期間ですか。( )</p> <p>③1980年(昭和55年)～1996年(平成8年)の間に英国に1泊以上滞在しましたか。(はい いいえ)</p>	14	<u>海外から帰国(入国)して4週間以内ですか。</u>
		15	<u>1年以内にヨーロッパ・米国・カナダ以外の外国に滞在しましたか。</u> 国名 ( )
		16	<u>4年以内にヨーロッパ・米国・カナダ以外の外国に1年以上滞在しましたか。</u> 国名 ( )
		17	英国に1980(昭和55)年～1996(平成8)年の間に1泊以上滞在しましたか。
		18	ヨーロッパ(英国も含む)に1980年以降通算6ヵ月以上滞在しましたか国名 ( )
8	<p>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。</p> <p>①ピアス、またはいれずみ(刺青)をした。</p> <p>②使用後の注射針を誤って自分に刺した。</p> <p>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。</p>	10	<p><u>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。</u></p> <p>①ピアス、またはいれずみ(刺青)をした。</p> <p>②使用後の注射針を誤って自分に刺した。</p> <p>③肝炎ウイルス持続感染者(キャリア)と性的接触等親密な接触があった。</p>
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。	21	今までに輸血( <u>自己血を除く</u> )や臓器の移植を受けたことがありますか。
10	<u>B型</u> や <u>C型</u> 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。	13	今までに次の病気にかかったことがありますか。 <u>C型肝炎、梅毒、マラリア、シャーガス病、バベシア症、リーシュマニア、トリパノソーマ症</u>
11	<p>次のいずれかに該当することがありますか。</p> <p>①CJD(クロイツフェルト・ヤコブ病)及び類縁疾患と医師に言われたことがある。</p> <p>②血縁者にCJD及び類縁疾患と診断された人がいる。</p> <p>③人由来成長ホルモンの注射を受けたことがある。</p> <p>④角膜移植を受けたことがある。</p>	22	<p>今までに次のいずれかに該当することがありますか。</p> <p>①クロイツフェルト・ヤコブ病(CJD)または類縁疾患と<u>診断された。</u></p> <p>②血縁者にCJDまたは類縁疾患と診断された人がいる。</p> <p>③人由来成長ホルモンの注射を受けた。</p> <p>④角膜移植を受けた。</p> <p>⑤硬膜移植を伴う脳神経外科手術を受けた。</p>

	⑤硬膜移植を伴う脳外科手術を受けたことがある。		
12	女性の方：現在妊娠中、または授乳中ですか。 この6ヵ月間に出産、流産をしましたか。	23	女性の方：現在妊娠中または授乳中ですか。 この6ヵ月以内に出産、流産をしましたか。
13	エイズの検査を受けるための献血ですか。	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。
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)で陽性と言われた。 ④ 麻薬・覚せい剤を注射した。 ⑤ ①～④に該当する人と性的接触をもった。	20	<u>6ヵ月以内に次のいずれかに該当することがありますか。</u> (該当する項目を選ぶ必要はありません) ① 不特定の異性または <u>新たな異性</u> と性的接触をもった。 ② 男性 <u>同士</u> で性的接触をもった。 ③ 麻薬・覚せい剤を <u>使用</u> 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 ①～④に該当する人と性的接触をもった。