

# 問診票について

## 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。

1	今日の体調はよろしいですか。	はい-いいえ <input type="checkbox"/> <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-いいえ <input type="checkbox"/> <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-いいえ <input type="checkbox"/> <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-いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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-いいえ <input type="checkbox"/> <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カ月以内—発熱を伴う食中毒様の激しい下痢 6カ月以内—伝染性単核球症	はい-いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12	女性の方：現在妊娠中、または授乳中ですか。この6カ月間に出産、流産をしましたか。	はい-いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	この1カ月間に家族に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-いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13	エイズの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"/>
6	この1年間に予防接種を受けましたか。	はい-いいえ <input type="checkbox"/> <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。 ⑤①～④に該当する者と性的接触をもった。	はい-いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	海外に住んでいたことはありますか。 それはどこですか。（国、都市名： ） この1年間に海外旅行をしましたか。 それはどこですか。（国、都市名： ）	はい-いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	回答訂正番号 _____ 番		
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 <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-I（ヒトT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。		

（註）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、必要な事項を記入いたします。

署名

献血を希望する際は、全員、問診票に正しく記入する必要があります。  
問診は、感染直後から抗原または抗体が検出できるまでの感染の事実を検知できない期間（ウィンドウ期）などにおいて実施可能な検査の限界を

補う唯の方法です。  
献血者は、献血の方法や危険性等を理解することはもちろん、問診の意義や目的を正しく理解し、患者に安全な血液を提供するために「安全で責任ある献血」をすることが必要です。

- ※問診票の内容以外にも医師の判断により献血できない場合があります。
- ※エイズウイルス（HIV）感染の恐れがありながら、献血してしまった場合には、採血後に渡されるチラシに従って、遅くとも献血当日に血液センターの留守番電話に連絡して下さい。
- ※近年、英国を中心に発生している変異型クロイツフェルト・ヤコブ病（vCJD）については、輸血による伝播に関して未知の部分が多い一方、牛海綿状脳症（BSE）との関連も強く指摘されていることから、英国、アイルランド、イタリア、オランダ、スイス、スペイン、ドイツ、フランス、ベルギー及びポルトガルの欧州10カ国に、1980年以降、通算6か月以上の滞在歴のある人又は、他のヨーロッパ各国と通算5年以上の滞在歴のある人は、安全が確認されるまでの間、献血することができません。
- ※国内に流行のみられない疾患であって、輸血を媒介して感染が危惧される疾患（ウエストナイルウイルス感染症等）によるリスクを軽減するため、海外からの帰国日（入国日）当日から4週間以内は、献血することができません。