

問診票

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。質問の内容を理解し、正しくお答えいただくようお願いします。
事実と異なる回答をされますと、ご自身の健康や、輸血を受けられる患者さんの健康に深刻な状況をもたらす場合があります。
なにとぞ「責任ある献血」にご理解いただき、ご協力をお願いします。なお、エイズウイルス(HIV)の検査結果は通知しておりません。

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・いいえ	14 海外から帰国(入国)して4週間以内ですか。	はい・いいえ
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	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・いいえ
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	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・いいえ
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か月以内)、アボダート・アボルブ等(6か月以内)	はい・いいえ	17 英国に1980(昭和55)年～1996(平成8)年の間に通算1か月以上滞在しましたか。	はい・いいえ
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)、ヒト由来ブラセンタ注射薬(ラエンネック・メルスモン)	はい・いいえ	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か月以上滞在しましたか。 (国名)	はい・いいえ
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	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
7	1年以内にインフルエンザ以外 ^① の予防接種を受けましたか。 ()	はい・いいえ	20 6か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か月以前も含む)。 ⑤上記①～④に該当する人と性的接触をもった。	はい・いいえ
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か月以内 - 発熱を伴う下痢 6か月以内 - 伝染性単核球症、リンゴ病(伝染性紅斑)	はい・いいえ	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・いいえ
9	1か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	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・いいえ
10	6か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	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) この6か月以内に産産、流産をしましたか。	はい・いいえ
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、感染症、ぜんそく、アレルギー疾患、その他()	はい・いいえ	私は以上の質問を理解し、正しく答えました。	
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・いいえ	「献血の同意説明書」の以下の内容について理解し、献血に同意しますか。	
13	今までに次の病気にかかったことがありますか。 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・いいえ	1.献血に伴う副作用について 2.個人情報の取り扱いについて 3.血液の検査等について	はい・いいえ
			4.血液の有効利用について	はい・いいえ

はい・いいえの該当する方を○で囲んでください。

署名	
----	--