



問診票

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					
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	次の病気や症状はありましたか。 3週間以内－はしか、風疹、おたふくかぜ、带状疱疹、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カ月間に産、流産をしましたか。	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <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・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。（当該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	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それはどこの国ですか。（国・都市名） ②いつ、どのくらいの期間ですか。 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）	はい・いいえ <input type="checkbox"/> <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・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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-1 （ヒトリンパ球指向性ウイルス-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	<input type="text"/>
-----	----------------------