

問 診 票

ID 11

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 <input type="checkbox"/> / いいえ <input type="checkbox"/>	14 海外から帰国(入国)して4週間以内ですか。	はい <input type="checkbox"/> / いいえ <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 <input type="checkbox"/> / いいえ <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> / いいえ <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 <input type="checkbox"/> / いいえ <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> / いいえ <input type="checkbox"/>
4	次の育毛薬/前立腺肥大症治療薬を使用していますか。 プロペシア・プロスカール等(1ヵ月以内)、アボダート・アボルブ等(6ヵ月以内)	はい <input type="checkbox"/> / いいえ <input type="checkbox"/>	17 英国に1980年(昭和55年)~1996年(平成8年)の間に 通算1ヵ月以上滞在しましたか。	はい <input type="checkbox"/> / いいえ <input type="checkbox"/>
5	次の薬を使用していますか。 乾せん治療薬(チガソン)、ヒト由来プラセンタ注射薬(ラエンネック・メルスモン)	はい <input type="checkbox"/> / いいえ <input type="checkbox"/>	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ヵ月以上滞在しましたか。 (国名)	はい <input type="checkbox"/> / いいえ <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 <input type="checkbox"/> / いいえ <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 <input type="checkbox"/> / いいえ <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 <input type="checkbox"/> / いいえ <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。 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ヵ月前も含む)。 ⑤上記①~④に該当する人と性的接触をもった。	はい <input type="checkbox"/> / いいえ <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、おたふくかせ、帯状ほろしん、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 <input type="checkbox"/> / いいえ <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たことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> / いいえ <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 <input type="checkbox"/> / いいえ <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ヒト由来成長ホルモン注射を受けた。 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 <input type="checkbox"/> / いいえ <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 <input type="checkbox"/> / いいえ <input type="checkbox"/>	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) 6ヵ月以内に産産、流産をしましたか。	はい <input type="checkbox"/> / いいえ <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 <input type="checkbox"/> / いいえ <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> / いいえ <input type="checkbox"/>		
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 <input type="checkbox"/> / いいえ <input type="checkbox"/>		

(注意) 1. 献血される方は、「はい・いいえ」欄の該当する方に または 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。

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。

署 名