

(教育)

第7条 委員会は、インタビュアーに認定された者に対し必要と認められる教育を実施することがある。

(インタビュアー委員会)

第8条 インタビュアー認定及び研修に関する事項を審議するため、インタビュアー委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

2 委員会の組織は別に定める。

(付則)

この規則は、平成13年10月1日から施行する。

献血者及び血液の安全性向上のための問診 のあり方に関する研究

タッチパネル入力式問診票システムの構築

分担研究者 佐竹正博(東京都赤十字血液センター)

システムの概要

1. クライアント／サーバ形式とし、問診入力はクライアントで行う。
2. 献血者の回答をデータベースに登録し、のちの解析を可能にする。
3. コンピュータソフトはウィンドウズとする。

コンピュータ問診の流れ

現状においては、医師の検診は必ず受けなければならないので、回答の記入された問診票を医師がもう一度チェックするかたちとなる。

画面には、現行の問診の文言がそのまま現れるが、問診がスムーズに流れるようそれ以上に詳しい選択肢も現れる。

H I V等の感染リスクに関する質問では、適宜献血者への注意喚起の文言を入れる。

印刷機が印刷した記号・文言は、献血者が自筆で記入した回答とみなす事ができる。

1. 受付で本人確認を終えた後、問診票を受け取る。
2. 住所、氏名等を記入する。
3. タッチパネルの前でコンピュータによる問診を受ける。

4. 献血者コードを献血者自身が入力する事で問診を開始する。

質問のパターンは次の3とおりにする。

- 「はい」「いいえ」
- 「はい」「いいえ」を選択後、次の画面にてさらに該当項目を選ぶ。
- 質問に項目を列挙後、「はい」「いいえ」を選択する。

5. 自分の問診票を印刷機に挿入し、回答をそのまま印刷する。

回答の印刷の終わった問診票を持って検診医師による問診を受ける。

パネル表示原稿 (案)

質問にお答えください。「はい」「いいえ」のどちらかを、また数字(実例提示)で示された場合には当てはまるものを選択して画面上のボタンを押してください。

1. 今日の体調はよろしいですか

はい

いいえ ①熱があると思う

②睡眠不足である

③疲労感がある

④飲酒している

⑤その他

2-1. この3日間に注射や服薬をしましたか

いいえ

はい ①高血圧薬

②胃腸薬、抗潰瘍薬

③抗生物質

④かぜ薬

⑤アレルギーの薬

⑥痛み止めの薬

⑥シップ薬

⑦その他

2-2. この3日間に歯科治療(歯石除去)を受けましたか

はい

いいえ

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

はい

①マラリア、②梅毒、③肝臓病、

④乾癬、⑤心臓病、⑥脳卒中、⑦血液疾患、⑧がん、⑨痙攣、⑩腎臓病、

⑪糖尿病、⑫結核、⑬ぜんそく、

⑭アレルギー疾患、⑮外傷、⑯手術、

⑰その他

いいえ

4. 次の病気や症状がありましたか

はい ①3週間以内 - はしか、風疹、おたふくかぜ、帯状疱疹、水痘

②1ヶ月以内 - 発熱を伴う食中毒様の激しい下痢

③6ヶ月以内 - 伝染性単核球症

いいえ

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

6. この1年間に予防接種を受けましたか。

- はい ①インフルエンザワクチン、②日本脳炎ワクチン、③A型肝炎ワクチン、④B型肝炎ワクチン、⑤狂犬病ワクチン、⑥コレラワクチン、⑦肺炎球菌ワクチン、⑧百日ぜきワクチン、⑨ウイルス病秋やみ混合ワクチン、⑩破傷風トキソイド、⑪ジフテリアトキソイド、⑫黄熱病ワクチン、⑬ポリオワクチン、⑭麻疹ワクチン、⑮おたふくかぜワクチン、⑯BCGワクチン、⑰腸パラチフスワクチン、⑱その他

いいえ

7-1. 海外に住んでいたことはありますか

- はい ヨーロッパに住んでいたことがありますか
はい
いいえ

いいえ

7-2. この1年間に海外旅行をしましたか

- はい 帰国したのは本日から数えて3週間以内ですか
はい
いいえ
どちらに旅行しましたか
①アジア、②アフリカ、③ヨーロッパ、④北アメリカ、⑤南アメリカ、⑥オセアニア（オーストラリア、ニュージーランドなど）、⑦その他

いいえ

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。

- はい 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

いいえ

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 ①輸血を受けたことがある
②臓器移植を受けたことがある

いいえ

10. B型やC型肝炎ウイルス保有者(キャリア)といわれたことがありますか。

- いいえ
はい

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およ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

1 2. 女性の方への質問です

現在妊娠中または授乳中ですか。

はい いいえ

この6ヶ月間に出産、流産をしましたか。

はい いいえ

1 3. この質問への答えは医師のみが確認します。

プライバシーは守られますのでご安心ください。

エイズの検査を受けるための献血ですか。

はい いいえ

(次画面) 献血でいただいた血液は、HIVなどの感染症の検査を受けてから患者さんに使われます。この検査は万全ではなく、ごく微量のウイルスは検出できません。あなたの血液が患者さんに輸血されれば、あなたが持っているかもしれないウイルスがそのまま患者さんに入ってしまうという事をよくお考えください。なお、血液センターではエイズウイルスの検査結果をお知らせしておりません。

この質問に「はい」とお答えになっても、次の質問の回答を続け、医師の間診を受けてください。プライバシーは守られます。

1 4. この質問への答えは医師のみが確認します。

プライバシーは守られますのでご安心ください。

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 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)で陽性を言われた

はい いいえ

④ 麻薬・覚せい剤を注射した

⑤ ①～④の該当者と性的接触をもった

ご回答ありがとうございました。

最後に次の文章をお読みください。

献血でいただいた血液は、エイズウイルスなどの感染症の検査を受けてから患者さんに使われます。この検査は万全ではなく、ごく微量のウイルスを検出することができません。特にここ数ヶ月間の性行為等によってエイズウイルスに感染した場合には、どのような検査でもウイルスを検出できない場合があります。このような時は、あなたの申告だけが患者さんへの感染を防ぐただ一つの方法です。あなたの血液が患者さんに輸血されれば、あなたが持っているかもしれないウイルスがそのまま患者さんに入ってしまうという事をよくお考えください。この問診票への回答にかかわらず、あなたがエイズウイルスに感染しているかもしれないとお思いの時は、次の医師の間診の際にお申し出ください。プライバシーは守られます。

理解しました

よくわからない(ここで問診表のプリントアウト)

印刷された問診表の右下の部分をよく読んで、署名をしてください。イニシャル等ではなく、あなたの本名が正しく読めるように書いてください。署名の終わった問診票を受付にお出してください。ご協力ありがとうございました。

システム画面（案）

Microsoft Access - [問診票開始画面]

ファイル(F) 編集(E) 挿入(I) レコード(R) ウィンドウ(W) ヘルプ(H) 検索(S) 入力して、アスキー

献血ルーム名: 立川 献血ルーム 問診受付年月日: 2004/03/11

問診票

あなたは当ルーム、本日 00001 番目の献血者です。
ご協力ありがとうございます。

あなたの献血者コードを入力してください。
献血者コードがわからない、または、
献血が初めての方は、「開始」ボタンを押してください。

献血者コード: _____

7	8	9
4	5	6
1	2	3
0	BS	C

開始

①受付画面

Microsoft Access - [問診票開始画面]

ファイル(F) 編集(E) 挿入(I) レコード(R) ウィンドウ(W) ヘルプ(H) 検索(S) 入力して、アスキー

献血ルーム名: 立川 献血ルーム 問診受付年月日: 2004/03/11

問診票

質問にお答えください。
「はい」、「いいえ」のどちらかを、また数字(実例提示)で示された場合には
当てはまるものを選択して画面上のボタンを押してください。

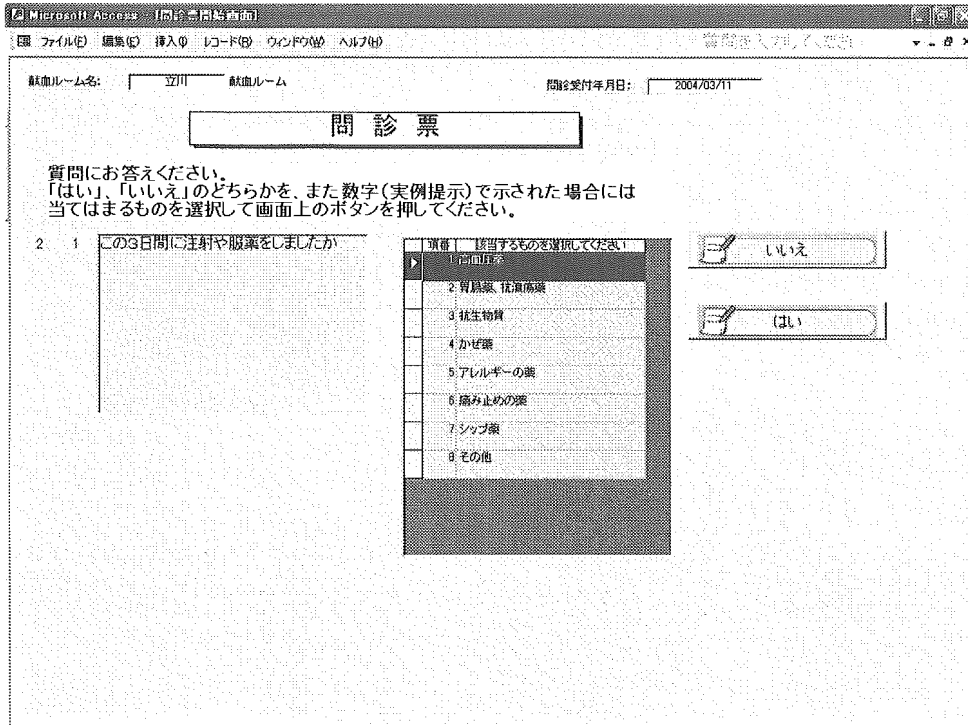
1 今日の体調はよろしいですか

「注意」 該当するものを選択してください
1 熱が等しいと思う
2 極端不足である
3 疲労感がある
4 飲酒している
5 その他

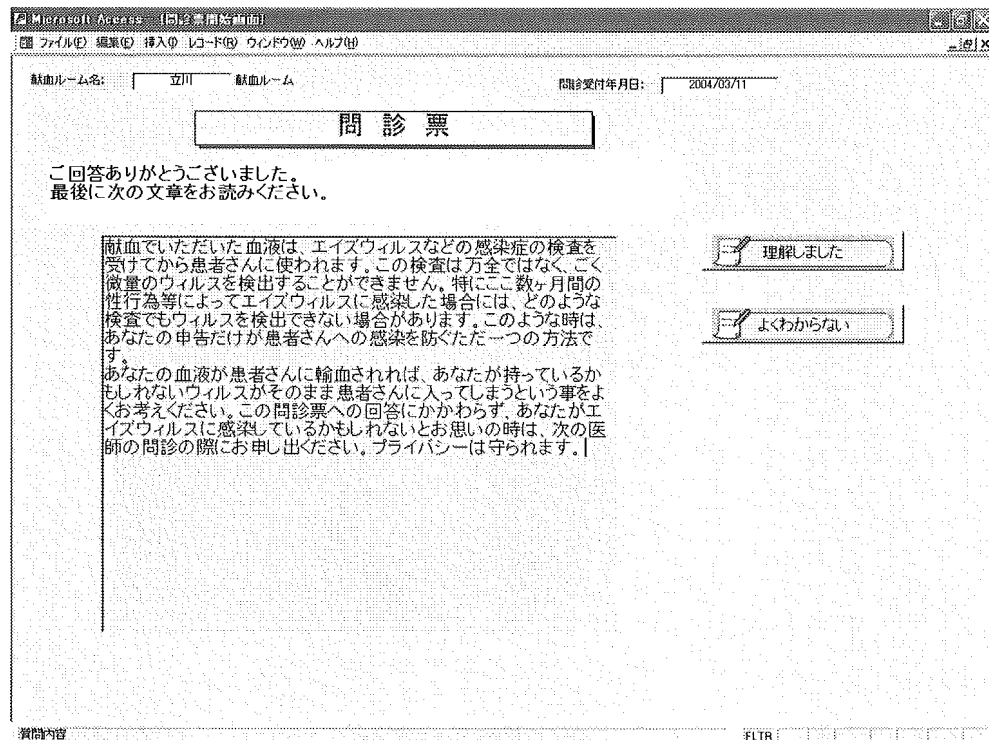
はい

いいえ

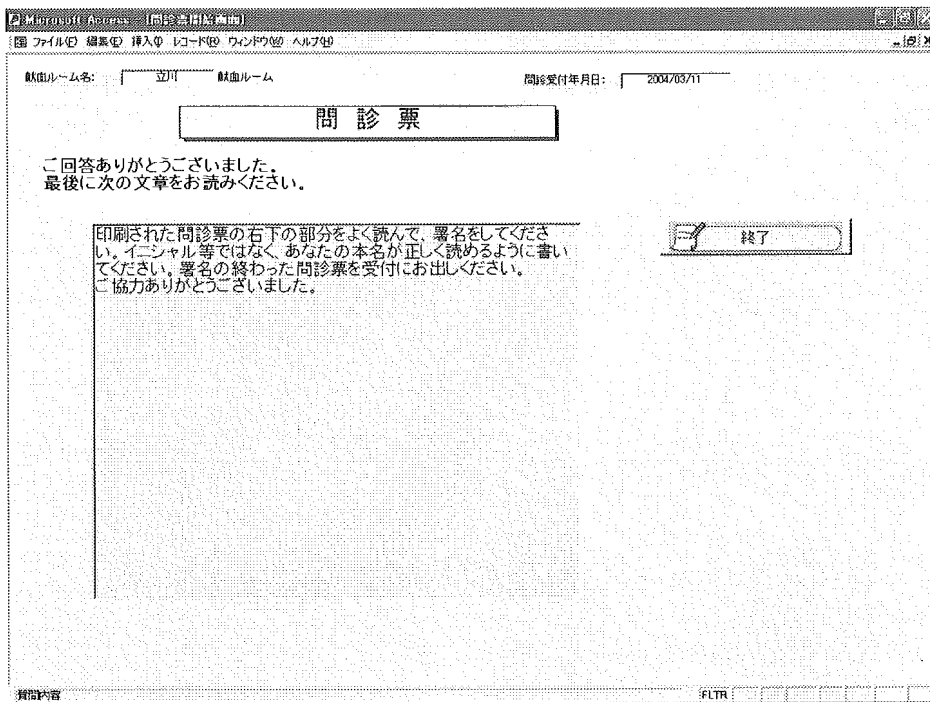
②問診画面



③次の問診画面



④回答終了画面



⑤印刷終了画面

ノルウェーで現在使用されている問診票を入手したので報告する。供血者の責任について明確に記載されているのが特徴である。

ノルウェー血液銀行	供血者への質問		
血液銀行へようこそ！			
記入してください：			
郵送先（はっきり書いてください）	携帯電話番号：		
氏名	出生番号（11桁）		
住所・郵便番号 変更なし <input type="checkbox"/>	自宅電話	変更なし	
勤務先住所・郵便番号	職業	勤務先電話	変更なし
旧住所（住所変更があった場合）			
<p>輸血は、現代の医学的治療にとって欠かせないものです。</p> <p>疾病は輸血を受ける患者に感染することもあります。場合によっては、健康な人でも知らないうちに、輸血を受ける人に病気をうつしかねない保菌者となっていることがあります。たとえば、肝炎、マラリア、HIVなどです。供血者は毎回必ず肝炎（黄疸）およびHIVについて、初回供血者についてはHTLVと梅毒の検査を必ず実施します。</p> <p>感染したばかりの人は、検査では結果がでなくても、他人にうつすおそれがあります。このため、感染したのではないかと疑われる人は、供血することができません。</p> <p>次の人は供血することができません</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 他の男性と現在性的関係があるか、または、あった男性。 2. 注射または吸引など、現在麻薬を用いているか、用いたことがある人。 3. 現在売春しているか、売春したことがある人。 4. AIDSまたは肝炎の患者、または、いずれかの疾病の検査で陽性反応を示す人と性的関係があるか、あった人。 <p>次の人は、12ヶ月間は供血することができません</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. 同性愛者/両性愛者である男性と性的関係があるか、あった女性。 6. 血液因子または血液製剤で治療を受けたことのある人と性的関係があるか、あった人。 7. 上記の2または3に該当する人と性的関係があるか、あった人。 <p>あなたがこの指針に違反した場合、重い責任を負うことになります。今、供血を辞退することもできます。供血を辞退する場合は、以下の質問に答える必要はありません。検査はご自分で病院にて行ってください。</p>			
<p>血液銀行の職員には守秘義務がありますので、次の質問に正直にお答えください。血液銀行は、ここに明らかにされた情報を全面的に信頼することになっています。ご自分が供血者として適切であるか不安がある場合は、質問担当者に詳しい状況をご説明ください。</p>			
上記諸注意をお読みにになりましたか？		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
上記のいずれかに該当しますか？		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
過去5年の間に、いかなる形であれ麻薬を用いたことがありますか？		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
危険な状況に立ち入ったのが一度だけであるとしても、あなたはHIVに感染しているかもしれないこと、自分が健康であると思っけていても他人にHIVをうつす危険があることを承知していますか？		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
HIVの検査のみを目的として供血をしてはならないことを承知していますか？		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	

全員お読みください。

毎回、回答してください。

	はい	いいえ
供血は初めてですか？		
前回供血してから1年以上経過していますか？		
前回から健康状態に変化がありますか？		
「はい」と答えた人は、下の質問にもお答えください。		

あなたは（以下に該当しますか？）	はい	いいえ
・瘡または他の腫瘍の病気にかかったことがありますか？		
・マラリアまたは他の熱帯病にかかったことがありますか？		
・マラリア危険地域に行ったことがありますか？		
・植物、動物、医薬品の過敏症になったことがありますか？		
・湿疹や他の皮膚病にかかったことがありますか？		
・結核や胸膜炎になったことがありますか？		
・喘息になったことがありますか？		
・高血圧ですか、またはその治療をうけていますか？		
・腸の病気または胃潰瘍になったことがありますか？		
・糖尿病または他の代謝病になったことがありますか？		
・腎臓病にかかったことがありますか？		
・脳震盪、痙攣、失神の経験がありますか？		
・リユーマチまたはリユーマチ熱にかかったことがありますか？		
・入院の経験がありますか？（通常分娩を除く）		
・血液病または異常出血の経験がありますか？		
・心臓、肺、肝臓の病気にかかったことがありますか？		
・他の場所で供血したり、別名で供血したりしたことがありますか？		
・供血しないほうがいいと言われたことがありますか？		
・成長ホルモンを投与されたことがありますか？		
・上記以外の重病または長期疾病にかかったことがありますか？		
・Roaccutan（吹き出物治療薬）、TigasonまたはNeotigason（乾癬治療薬）、Proscar（前立腺治療薬）を投与されたことがありますか？		
・肝炎（黄疸）になったか、肝炎検査で陽性になったことがありますか？		
・AIDSに感染したか、HIV検査で陽性になったことがありますか？		
・梅毒にかかったことがありますか？		
・血液製剤による治療を受けたことがありますか？		
・刺青をしたり、耳に穴を開けたり、ピアッシングをしたことがありますか？		
・家族にクロイツフェルト・ヤコブ症候群になった人がいますか？		

過去12ヶ月の間に（以下のケースに該当することがありましたか？）	はい	いいえ
・妊娠しましたか（女性）？		
・血液、血液製剤、血液因子の投与を受けたことがありますか？		
・鍼治療を受けたことがありますか？		
・刺青をしたり、耳にピアッシングをしたり、穴を開けたことがありますか？		
・鋭いもので体を刺したことがありますか（交通事故、傷害事件）？		
・淋病など他の性病にかかったことがありますか？		
・マラリア危険地域に行ったことがありますか？		
・長期病欠をしたことがありますか（4週間以上）？		
・HIVまたは肝炎ウイルスに感染している人と一緒に暮らしたことがありますか？		
・外科手術を受けたり、傷害を受けたりしたことがありますか？		

過去4週間（以下のケースに該当することがありましたか？）	はい	いいえ
・医薬品を使用しましたか？		
・病気、発熱、下痢（軟便）、予期しない体重低下がありましたか？		
・医者にかかったり、治療を受けたりしたか、治療を受けるようになっていませんか？		
・歯科医にかかりましたか？		
・ワクチンを接種したり、ツベルクリン検査を受けたりしましたか？		
・ダニにかまれたことがありますか？		

以下にも回答してください。	はい	いいえ
・最近6ヶ月の間に、性的パートナーができましたか、または、できたことがありますか？		
・あなたの性的パートナーは、北歐域外で出生した人ですか？		
・健康だと感じていますか？		
・私は、自分の血液が、この提供を受ける人にとって重要なHIV/肝炎、その他の感染症について検査されることを承知しています。		

別途記載することがあれば、ここに書いてください。

日付 _____ あなたの署名 _____

血液銀行のコメント	
Hb:	供血者として認定
血圧:	脈拍:
身長:	体重:
その他の検査、内容:	期限
日付 _____	血液銀行のサイン _____

私は、本状をもって、血液銀行がより詳細な情報を入手することを承諾します。 _____ あなたの署名 _____

案件: _____ 医師/病院: _____

＋オーストラリア赤十字

血液サービス

問診票と献血申告書

この用紙にご記入いただいた個人情報は、ARCBSがあなたを供血者として登録し記録しておくためのものです。収集されたすべての情報は、連邦プライバシー法に従い、極秘として扱われます。

本日は献血に来ていただきありがとうございます。あなたの献血は誰かの命を救い、患者さんの手術にも役立てられます。オーストラリア赤十字血液サービスは安全な血液および血液製剤を必要とされる方に供給するため最大限の努力をしております。労働証明書が必要な方は、休憩所に行かれた後、受付にてお申し付けください。

供血者情報

日付

本日はご献血いただきありがとうございます。あなたの貴重な献血は私たちの地域社会が必要とするものです。献血があなたにとって価値のある経験となりますように。

下記のリストに献血に伴うリスクをいくつか紹介します。このリスクを避けるために血液サービススタッフの指示にしたがってください。

副作用	対処法
鉄欠乏	あなたのヘモグロビン値を献血前に毎回チェックし、確実に安全な献血を図ります。献血により鉄分の補給が必要となりますので、鉄分を豊富に含んだ食事を取ることをお勧めします。
打撲傷	献血の直後、注射針を刺した部位をおさえてください。2～3時間は献血をした腕を激しく動かすことは避けてください。
めまい/失神/発作	献血前には必ず食事をし、普段より多めに飲み物を取ってください。献血後は無料で飲食ができますので、休息を取るためにとどまってください。
感染—注射部位	すべての器具は滅菌され、1回限りの使用で廃棄されます。パッド/絆創膏は3～4時間、貼っておいてください。
献血中あるいは献血後のちくちく感/痺れが切れたときのびりびりする感覚/痛み	これらの症状は神経の損傷を示すことがあります。不快感があったときにはスタッフにご相談ください。
動脈の穿孔	動脈に針が貫通すればスタッフが気づきますので、迅速に対処します。針を除去した後、さらに強く圧迫します。

献血後の副作用についての情報

献血後の副作用として失神する方もいることをご承知ください。

原因

- 最近では献血により脈拍が遅くなったり、血圧が低くなったりすることがあります。これは、ストレスや血を抜くことに対する正常な反応によるものです。
- その結果、反応が軽度であればめまいや軽い頭痛が起こり、中程度であれば失神に至ることがあります。

献血中

- 痛みを感じた場合、もしくは不快感のある場合は看護師にお知らせください。

献血後8時間にしてください

- 副作用あるいは失神の可能性があることに注意してください。特に、献血後の1時間は失神によりあなた自身や他の人が危険に陥るような状況を避けてください。
- 多めの飲料を取り、失われた水分を補給してください。
- 十分な食事を取ってください。
- 激しい運動はしないでください。
- 飲酒は避けてください。

気分の悪さを感じた場合

- 横になってください。
- 衣服のボタンやベルトなどをゆるめてください。
- 落ち着いてください。

気分が良くならないときは、オーストラリア赤十字血液サービス・ヴィクトリア衛生担当官（13-14-95）まで下記の時間帯にお電話下さい。

- 月曜日～木曜日：午前8時～午後8時
- 金曜日：午前8時～午後4時30分
- 土曜日：午前9時～午前11時30分

このページの一番上にある献血番号をお伝えください。

上記業務時間外は、お近くの病院へご相談ください。献血者の方の副作用から記録を作成しますので、次の業務日に当血液サービス衛生担当官（13-14-95）まで電話でご相談ください。これは州都の供血者の方、地方の供血者の方の双方にお願いしております。

副作用を予防するため、次の献血前にしてください

- 水分を十分に補給する
- 何か食べる

・リラックスするよう努める

当血液サービスのスタッフは、献血者のみなさんのお世話を
 するため、また出血・打撲傷・失神などのリスクを最小限に
 抑えるため、特別な訓練を受けています。

献血後5日以内に体調が悪くなった場合は、血液サービスへ

お知らせください。特に、針を刺された部位またはその周辺
 に赤み・腫れ・痛みを感じた場合は、当血液サービス衛生担
 当官までご連絡願います（業務時間と電話番号は上記をご覧
 ください）。

次の献血の機会にあなたとお会いできることを楽しみにして
 おります。

問診票

本日は献血に来ていただきありがとうございます。あなたの献血は誰かの命を救い、患者さんの手術にも役立てられます。
 オーストラリア赤十字血液サービスは安全な血液および血液製剤を必要とされる方に供給するため最善を尽くしております。

これからあなたの基本的な健康状態についていくつかご質問します。それによって、あなたが献血をすることが安全である
 かどうか、またそうであれば、あなたの血液をどのように利用するのが一番良いのかを私どもが最初に判断します。これら
 の質問はすべて重要ですが、いくつかの質問の理由を理解するのが難しいかもしれません。これらの点については問診を行
 うスタッフと話し合ってください。記載していただいた回答と問診でスタッフとお話しになった内容は、秘密として扱うよ
 う最善を尽くします。

当血液サービスはあなたの安全と健康を守るため全力を傾けます。
 該当する方に○印をご記入ください。

今日			
1. 体調は万全ですか？	はい/いいえ	11. 何か他の薬を服用していましたか？	はい/いいえ
2. 女性のみ 妊娠あるいは授乳中ですか？またはこ こ9ヶ月間妊娠していましたか？	はい/いいえ	12. 食肉処理場で働いていましたか？	はい/いいえ
安全上の理由からお聞きします。		13. 海外にいましたか？	はい/いいえ
3. これから3日間の間に、公共輸送機関で の運転、重機の運転、水中ダイビング、 あるいは飛行機の操縦など、献血後に 体調不良になった場合にあなた自身や 他人が負傷する危険を伴う活動を行う 予定はありますか？	はい/いいえ	14. 性感染症（淋病、梅毒、ヘルペスなど） にかかっていたか？	はい/いいえ
先週のすることについてお聞きします。		15. 検査の結果、B型肝炎あるいはHTLVで あると言われましたか？	はい/いいえ
4. なんらかの歯科治療、歯の洗浄、歯の 詰め物、あるいは抜歯をしましたか？	はい/いいえ	16. B型肝炎あるいはHTLV陽性反応が今ま でに出たことのあるセックスパートナ ーがいましたか？	はい/いいえ
5. アスピリン、鎮痛剤、あるいは抗炎症 薬を服用しましたか？	はい/いいえ	私たちは献血から特別な製剤を作っています。あなたの血液 がこの目的に使用できるかを知る必要があります。 前回の献血以降、あるいはここ12ヶ月のことについてお聞 きします。	
6. 切り傷、擦り傷、ただれ、あるいは発 疹はありましたか？	はい/いいえ	17. なんらかの免疫法/ワクチン接種をしましたか？	はい/いいえ
7. 胃の不調、下痢、腹痛、あるいは吐き 気はありましたか？	はい/いいえ	18. 帯状疱疹あるいは水痘にかかりましたか？	はい/いいえ
前回の献血以降、あるいはここ12ヶ月のことについてお聞 きします。		19. あなたの家族にクロイツフェルトーヤ コブ病（CJD）、ゲルストマンーシュト ロイスラーーシャインカー症候群（GSS） あるいは致死性家族性不眠症（FFI）に 現在かかっていたり、あるいは今まで にかかったことのある人はいますか？	はい/いいえ
8. なんらかの病気あるいは外科手術で病 院に行きましたか？	はい/いいえ	20. 1980年1月1日から1996年12月31日（こ の日も含む）までの間、イングランド、 スコットランド、ウェールズ、北アイル ランド、チャネル諸島、あるいはマン島 へ累積（合計）6ヶ月間以上、居住ある いは滞在したことがありますか？	はい/いいえ
9. 胸痛/狭心症あるいは不整脈はありま したか？	はい/いいえ		
10. にきびあるいは皮膚病のための錠剤を 服用していましたか？	はい/いいえ		

初めて献血される方、もしくは2年以上献血されていない方は以下の質問にお答えください。

今までのことについてお聞きします。

- | | | | |
|--|--------|---|--------|
| <p>21. 今までに献血をしたことがありますか？
「はい」の場合
場所 _____
時期 _____</p> | はい/いいえ | <p>30. 今までに腸の疾患、胃、十二指腸の問題あるいは潰瘍がありましたか？</p> | はい/いいえ |
| <p>22. 今までに献血をしないように忠告されたことはありますか？</p> | はい/いいえ | <p>31. 今までに腎臓、肝臓、肺の病気（結核など）になったことはありますか？</p> | はい/いいえ |
| <p>23. 今までに貧血あるいはなんらかの血液障害になったことはありますか？</p> | はい/いいえ | <p>32. 今までに糖尿病、甲状腺疾患、自己免疫疾患（リウマチ性関節炎、紅斑性狼瘡など）にかかったことはありますか？</p> | はい/いいえ |
| <p>24. 今までに重い病気にかかったこと、手術を受けたこと、入院したことはありますか？</p> | はい/いいえ | <p>33. 今までに黒色腫など、なんらかの瘡になったことはありますか？</p> | はい/いいえ |
| <p>25. 1972～1989年までの間に、頭部、脳、脊髄に関連する神経外科手術を受けたことがありますか？</p> | はい/いいえ | <p>34. 今までにマラリア、ロスリバー熱、Q熱、レプトスピラ症、シャガス病にかかったことはありますか？</p> | はい/いいえ |
| <p>26. 今までに移植術（臓器、角膜、硬膜、骨など）を受けたことがありますか？</p> | はい/いいえ | <p>35. 今までに黄疸または肝炎になったことはありますか？</p> | はい/いいえ |
| <p>27. 1986年以前に、低身長治療のためのヒト成長ホルモン、不妊治療のためのヒト脳下垂体ホルモンの注射を受けたことがありますか？</p> | はい/いいえ | <p>36. ここ3年間に海外を旅行したこと、あるいは海外に住んだことはありましたか？</p> | はい/いいえ |
| <p>28. 今までに頭部を負傷したこと、脳卒中、てんかんになったことはありますか？</p> | はい/いいえ | <p>37. 今までに中央または南部アメリカに3ヶ月以上滞在したことはありますか？</p> | はい/いいえ |
| <p>29. 今までに心臓あるいは血圧の問題、リウマチ熱、心雑音、胸痛がありましたか？</p> | はい/いいえ | <p>38. TIGASON (Etretinate) または NEOTIGASON (Acitretin) による薬物治療を受けたことがありますか？</p> | はい/いいえ |

献血申告書

私たちの地域社会には献血をすべきでない人もいます。これは血液をもらった人に病気を移してしまうことがあるからです。ですから、あなたの血液や血液製剤を他人に与えることが安全であると保証するために、献血前にいくつかの質問に答えていただく必要があります。次の質問は輸血による感染症を防止する努力の一環として非常に重要です。

下記の質問はどれも重要です。正直にあなたの知る限りですべて回答してください。虚偽の記載をしたときは罰金あるいは禁固などの厳罰に処されますので、正直にお答えいただくことが大切です。

献血された血液はすべて、B型およびC型肝炎、HIV-1および2（AIDSウイルス）、梅毒、HTLV-1および2といった感染症の検査を行います。あなたの血液がこれらの感染症のどれかに陽性反応を示した場合、あるいは著しく異常な結果が出た場合は、お知らせします。

該当する方に○印をご記入ください。

今までのことについてお聞きします。

あなたの知る限りでお答えください。

- | | | | |
|---|--------|--|--------|
| <p>1. ここ6ヶ月間、発熱の有無にかかわらず、腺が腫れる病気および発疹にかかりましたか？</p> | はい/いいえ | <p>4. 今までに第Ⅷ因子あるいは第Ⅸ因子のような凝固因子による治療を受けたことがありますか？</p> | はい/いいえ |
| <p>2. 今までにHIVに感染した、あるいはAIDSになった可能性があると思ったことはありますか？</p> | はい/いいえ | <p>5. 今までにC型肝炎あるいはHIVの陽性反応が出たことがありますか？</p> | はい/いいえ |
| <p>3. 今までに薬物を注射により使用したこと、あるいは医師や歯科医師が処方した以外の薬物を1回でも注射されたことがありますか？</p> | はい/いいえ | <p>6. ここ12ヶ月間に1～5の質問のいずれかに「はい」と答える可能性があるとおあなたが思う人と性的接触を持ちましたか？</p> | はい/いいえ |

7. 前回の献血以降、あるいはここ12ヶ月間、現在海外に住んでいる、あるいは過去海外に住んでいた新しいパートナーと性的接触を持ちましたか？	はい/いいえ	12. 使用済み注射針で怪我をしたこと（針刺し）はありましたか？	はい/いいえ
ここ12ヶ月間についてお聞きします。		13. 目、口、鼻、あるいは傷のある皮膚に血液/体液がかかったことがありましたか？	はい/いいえ
8. 男性同性間の性的接触を持ちましたか？	はい/いいえ	14. 刺青（化粧用の刺青も含む）、ピアス、電気分解治療、鍼治療をしましたか？	はい/いいえ
9. 両性愛者であると思われる男性と性的接触を持ちましたか？	はい/いいえ	15. 刑務所あるいは留置所に拘留されたことはありましたか？	はい/いいえ
10. 男性、女性を問わず、性風俗産業に従事していましたか？（性交渉の対価として金銭、物品、ドラッグを受け取っていましたか？）	はい/いいえ	16. 輸血を受けましたか？	はい/いいえ
11. 性風俗産業の従事者である男性あるいは女性と性的接触を持ちましたか？	はい/いいえ	17. 黄疸あるいは肝炎にかかりましたか？あるいはかかっている人と接触しましたか？	はい/いいえ

質問にお答えいただきありがとうございました。
これらの質問に対する答えがよく分からない方は問診スタッフにご相談ください。

血液サービススタッフの面前でこの申告に署名をしてください。

供血者申告

- 私は、本用紙の情報を理解し、本申告書の質問に私の知る限りにおいて回答したことを申告いたします。
- 私は、科学知識が進歩した場合、さらに血液検査を受けるように血液サービスから要望される可能性があることを了解しています。
- 私は、私の献血が血液サービスに対する贈与であり、血液が治療目的に使用されること、また診断薬の製造や研究に使用される場合もあることを了解しています。
- 私は、献血に関連するリスクの可能性あることを告知されました。
- 私は、これらのリスクを最小限にするため血液サービススタッフの指示に従う義務があることを告知されました。

日付

供血者の署名

名前を活字体で書いてください

証人の署名

名前を活字体で書いてください

献血の5日以内に体調が悪くなった場合は当血液サービスにご連絡ください。たとえ本日、あなたの献血をお断りすることになったとしても、お越しくださったことと献血しようというお気持ちに対して大変感謝いたします。

オーストラリア赤十字血液サービス 献血者への補足質問

献血者登録/ID番号

献血番号

(この一番上の欄はあなたの代わりにARCBSスタッフが記入します)

1. 1980年1月1日から今までにイングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランド、チャネル諸島あるいはマン島に滞在中、血液あるいは血液製剤の輸注/注射を受けたことはありますか？

はい いいえ

英国で、クロイツフェルト・ヤコブ病 (vCJD) の新しい変異型が同定され、ウシ海綿状脳症 (BSEあるいは「狂牛病」) のヒト型であると考えられています。輸血を介してvCJDが伝染する可能性があるという理論上の懸念から、オーストラリアでは2000年12月より、1980～1996年のBSEリスク期間中に6ヶ月以上英国に滞在した人からの献血を停止してきました。この除外基準は現在では、1980年以降に英国で血液あるいは血液製剤を投与された人にまで拡大されています (ヒトにおける病気の発生が続いているため、除外解除の日時は設定されていません)。

2. ここ4週間に北クイーンズランドへ行ったことがありますか？

はい いいえ

北クイーンズランドで新たにデング熱が発生しました。予防措置として、献血前の4週間、現在確定されている危険地域に滞在した人から採取した血液は処理した血漿製剤にのみ使用されています。