

初回献血者用

問診票:案②-1

渡航歴関連	<input type="checkbox"/>
服薬・予防接種関連	<input type="checkbox"/>
疾患関連	<input type="checkbox"/>

D. (医師が献血適否を判断する項目)

はい いいえ 検診医判定

32	今日の体調はよろしいですか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	可・不可
33	これまでに献血をしたことがありますか。ある場合はいつ頃でしたか。( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34	これまでに朝礼や満員電車の中で、あるいは病院での採血の際に気分が悪くなったり気を失ったりしたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
35	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。 肝臓病、心臓病、脳卒中、血液疾患、がん、けいれん、腎臓病、糖尿病、結核、喘息、アレルギー疾患、自己免疫疾患(クローン病、潰瘍性大腸炎、バセドウ病、慢性関節リウマチ、SLE 等)、腎臓病、化膿性皮膚疾患、熱傷、外傷・手術	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
36	その他の治療中または経過観察中の病気がありますか。 ( )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
37	この3日間に注射や服薬をしましたか。(薬品名 )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
38	4週間以内にステロイドホルモン薬、性ホルモン薬、蛋白同化ホルモン薬、免疫抑制薬の投与をうけましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
39	3ヶ月以内に抗血清(破傷風、ジフテリア、蛇毒など)や血漿分画製剤(アルブミン、グロブリン、フィブリノゲン)の投与を受けましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
40	この1年間に予防接種を受けましたか。 (インフルエンザ、B型肝炎、風疹、BCG、黄熱病など) 受けたことがある場合、いつ頃・何の予防接種でしたか。( )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
41	この1年間にピアス(ボディピアスを含む)をしましたか。または唇、口腔、鼻腔などの粘膜を貫通してピアスをしていますか。( )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
42	過去3年の間にヨーロッパ以外の国に渡航又は居住したことがありますか。 国・都市名 ( ) 時期・期間 ( )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可

私は上記の質問を理解し正しく答えました。また、献血者向け説明資料「お願い！」を読み理解しました。さらに、献血した血液について、梅毒,HBV,HCV,HIV,HTLV-1等の検査が行われること、および必要な場合、遺伝子検査を行うことがあることを了解し、献血します。

献血者署名 \_\_\_\_\_

問診担当者署名 \_\_\_\_\_

リピーター用(過去2年以内に献血歴あり)

問診票:案②-2

渡航歴関連	<input type="checkbox"/>
服薬・予防接種関連	<input type="checkbox"/>
疾患関連	<input type="checkbox"/>

A.

No.	質問	はい	いいえ
1	「お願い！」文書をお読みになりましたか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	海外から帰国して4週間以内ですか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	下の期間に下記のヨーロッパ諸国に滞在あるいは居住されたことはありますか。 1) 1980年1月-現在まで:(通算6ヶ月間以上)スイス 2) 1980年1月-現在まで:(通算5年間以上)アイスランド、アルバニア、アンドラ、、	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

前回の献血以後に		はい	いいえ	不明
4	輸血を受けたことがありますか。*「輸血」とは献血や点滴ではありません。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	移植(骨髄、肝臓、腎臓、角膜、心臓弁、骨、血管など)を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
6	クロイツフェルト・ヤコブ病(CJD)やその類縁疾患と診断されたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
7	血縁者にクロイツフェルト・ヤコブ病やその類縁疾患と診断された人がいますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
8	海外で流行している疾患(マラリア、シャーガス病、アフリカトリパノソーマ症、バベシア症、リーシュマニア症)に罹ったことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
9	B型やC型の肝炎ウイルス保有者(キャリア)またはB型やC型の慢性肝炎と診断されたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
10	梅毒に罹ったことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
11	エイズ(HIV)検査陽性と判定されたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
12	乾癬治療薬のチガソンを服用したことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

以上No.3~12に1項目でも該当する方は献血できません。以下の質問にはお答え頂かなくても結構です。誠に残念ですが今後の献血もご遠慮ください。本日のご協力に感謝します。該当する項目が無かった方は以下の質問にもお答えください。

リピードナー用

問診票:案②-2

渡航歴関連	<input type="checkbox"/>
服薬・予防接種関連	<input type="checkbox"/>
疾患関連	<input type="checkbox"/>

B. No.14~16は女性の方だけお答えください。

はい いいえ

13	現在妊娠中ですか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14	生後1年以内の子供に授乳中ですか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15	この6ヶ月間に出産・流産をしましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

C. (一定期間献血不適格項目)

はい いいえ

16	この3日間に出血を伴う歯科治療(抜歯、歯石除去を含む)を受けましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
----	-------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

4週間以内に

はい いいえ

17	発熱と皮膚の発疹を伴う病気(はしか、風疹、おたふくかぜ、带状疱疹等)にかかりましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18	発熱を伴う食中毒様の激しい下痢がありましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19	同居家族や身近な人で、A型肝炎やりんご病を発症した人はいますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20	プロペシア、プロスカー(いずれも前立腺肥大症治療薬、育毛薬)を服用しましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

3ヶ月以内に

はい いいえ

21	ヒト胎盤(プラセンタ)抽出物(ラエンネック、メルスモン)の注射を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22	ペットなどの動物にかまれたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

6ヶ月以内に

はい いいえ

23	以下の病気にかかりましたか。 A型肝炎、B型肝炎、E型肝炎、伝染性単核球症、リンゴ病、ウエストナイル熱	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
24	アボダート(育毛剤)を服用しましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

この1年間に

はい いいえ

25	以下のいずれかに該当することがありましたか。 ① よく知らない行きずりの人との性的接触をもった。 ② 金品の授受を目的として性的接触をもった。 ③ 男性同性間の性的接触をもった。 ④ 麻薬・覚せい剤を注射した。 ⑤ ①~④に該当する者と性的接触をもった。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
26	梅毒、エイズ(HIV感染)以外の性感染症(淋病、クラミジア感染症、性器ヘルペス、尖圭コンジローム等)にかかったことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
27	B型肝炎にかかっている人またはB型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りましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
28	使用後の注射針を誤って自分に刺したことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
29	いれずみ(刺青、タトゥ)をしましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

以上B、Cの項目に1項目でも該当する方は本日の献血はできません。以下の質問にはお答え頂かなくても結構でいつから献血出来るかは、医師にご相談下さい。本日はご協力ありがとうございました。該当する項目がなかった方は引き続き以下の質問にもお答えください。

リピートドナー用

問診票: 案②-2

渡航歴関連	<input type="checkbox"/>
服薬・予防接種関連	<input type="checkbox"/>
疾患関連	<input type="checkbox"/>

D. (医師が献血適否を判断する項目)

		はい	いいえ	検診医判定
30	今日の体調はよろしいですか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	可・不可
31	前回の献血は2年以内でしたか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32	これまで献血の際に気分が悪くなったり、気を失ったりしたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
33	前回の献血以後に次の病気にかかりましたか。または現在かかっていますか。 肝臓病、心臓病、脳卒中、血液疾患、がん、けいれん、腎臓病、糖尿病、結核、喘息、アレルギー疾患、自己免疫疾患(クローン病、潰瘍性大腸炎、バセドウ病、慢性関節リウマチ、SLE 等)、腎臓病、化膿性皮膚疾患、熱傷、外傷・手術	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
34	その他の治療中または経過観察中の病気がありますか。 ( )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
35	この3日間に注射や服薬をしましたか。(薬品名 )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
36	4週間以内にステロイドホルモン薬、性ホルモン薬、蛋白同化ホルモン薬、免疫抑制薬の投与を受けましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
37	3ヶ月以内に抗血清(破傷風、ジフテリア、蛇毒など)や血漿分画製剤(アルブミン、グロブリン、フィブリノゲンなど)の投与を受けましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可

この1年間に

		はい	いいえ	検診医判定
38	予防接種を受けましたか。(インフルエンザ、B型肝炎、風疹、BCG、黄熱病など) 受けたことがある場合、いつ頃・何の予防接種でしたか。( )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
39	ピアス(ボディピアスを含む)をしましたか。または唇、口腔、鼻腔などの粘膜を貫通してピアスをしていますか。( )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可

はい いいえ 検診医判定

40	前回の献血以後にヨーロッパ以外の国に渡航又は居住したことがありますか。 国・都市名 ( ) 時期・期間 ( )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
----	---	--------------------------	-------------------------------------	------

私は上記の質問を理解し正しく答えました。また、献血者向け説明資料「お願い！」を読み理解しました。さらに、献血した血液について、梅毒,HBV,HCV,HIV,HTLV-1等の検査が行われること、および必要な場合、遺伝子検査を行うことがあることを了解し、献血します。

献血者署名 \_\_\_\_\_

問診担当者署名 \_\_\_\_\_

問診票: 案③ (質問項目のジャンル別分類)

渡航歴関連	<input type="checkbox"/>
服薬・予防接種関連	<input type="checkbox"/>
疾患関連	<input type="checkbox"/>

No.	質問	はい	いいえ	
1	「お願い！」文書をお読みになりましたか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	海外から帰国して4週間以内ですか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3	下の期間に下記のヨーロッパ諸国に滞在あるいは居住されたことはありますか。 1) 1980年1月-1996年12月末: (1泊以上) イギリス 2) 1997年1月-2004年12月末: (通算6ヶ月間以上) イギリス 3) 1980年1月-2004年12月末: (通算6ヶ月間以上) フランス、アイルランド、イタリア、、、 4) 1980年1月-現在まで: (通算6ヶ月間以上) スイス 5) 1980年1月-2004年12月末: (通算5年間以上) オーストリア、スウェーデン、、、 6) 1980年1月-現在まで: (通算5年間以上) アイスランド、アルバニア、アンドラ、、、	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	検診医判定
4	過去3年の間にヨーロッパ以外の国に渡航又は居住したことがありますか。 国・都市名 ( ) 時期・期間 ( )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
5	今日の体調はよろしいですか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	可・不可
6	これまでに献血をしたことがありますか。ある場合はいつ頃でしたか。( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	これまでに朝礼や満員電車の中で、あるいは病院での採血の際に気分が悪くなったり気を失ったりしたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
No.8~10は女性の方だけお答えください。		はい	いいえ	
8	現在妊娠中ですか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
9	生後1年以内の子供に授乳中ですか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
10	この6ヶ月間に出産・流産をしましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
これまでに		はい	いいえ	
11	乾癬治療薬のチガソンを服用したことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
この3日間		はい	いいえ	検診医判定
12	注射や服薬をしましたか。(薬品名 )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
この4週間以内に		はい	いいえ	
13	プロペシア、プロスカール(いずれも前立腺肥大症治療薬、育毛薬)を服用しましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	検診医判定
14	ステロイドホルモン薬、性ホルモン薬、蛋白同化ホルモン薬、免疫抑制薬の投与をうけましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
この3ヶ月以内に		はい	いいえ	
15	ヒト胎盤(プラセンタ)抽出物(ラエンネック、メルスモン)の注射を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	検診医判定
16	抗血清(破傷風、ジフテリア、蛇毒など)や血漿分画製剤(アルブミン、グロブリン、フィブリノゲンなど)の投与を受けましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
この6ヶ月以内に		はい	いいえ	
17	アボダート(育毛剤)を服用しましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
この1年間に		はい	いいえ	検診医判定
18	予防接種を受けましたか。(インフルエンザ、B型肝炎、風疹、BCG、黄熱病など) 受けたことがある場合、いつ頃・何の予防接種でしたか。( )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
これまでに		はい	いいえ	
19	海外で流行している疾患(マラリア、シャーガス病、アフリカトリパノソーマ症、バベシア症、リーシュマニア症など)に罹ったことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
20	B型やC型の肝炎ウイルス保有者(キャリア)またはB型やC型の慢性肝炎と診断されたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
21	梅毒に罹ったことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

22	エイズ(HIV)検査陽性と判定されたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	検診医判定
23	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。 肝臓病、心臓病、脳卒中、血液疾患、がん、けいれん、腎臓病、糖尿病、結核、喘息、アレルギー疾患、自己免疫疾患(クローン病、潰瘍性大腸炎、バセドウ病、慢性関節リウマチ、SLE等)、腎臓病、化膿性皮膚疾患、熱傷、外傷・手術	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
24	その他の治療中または経過観察中の病気がありますか。 ( )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可

この3日間

はい いいえ

25	出血を伴う歯科治療(抜歯、歯石除去を含む)を受けましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
----	-------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

この4週間以内に

はい いいえ

26	発熱と皮膚の発疹を伴う病気(はしか、風疹、おたふくかぜ、带状疱疹等)にかかりましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
27	発熱を伴う食中毒様の激しい下痢がありましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
28	同居家族や身近な人で、A型肝炎やりんご病を発症した人はいますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

この6ヶ月以内に

はい いいえ

29	以下の病気にかかりましたか。 A型肝炎、B型肝炎、E型肝炎、伝染性単核球症、リンゴ病、ウエストナイル熱	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--	--------------------------	-------------------------------------

この1年間に

はい いいえ

30	梅毒、エイズ(HIV感染)以外の性感染症(淋病、クラミジア感染症、性器ヘルペス、尖圭コンジローム等)にかかったことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--	--------------------------	-------------------------------------

これまでに

はい いいえ 不明

31	輸血を受けたことがありますか。*「輸血」とは献血や点滴ではありません。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	移植(骨髄、肝臓、腎臓、角膜、心臓弁、骨、血管など)を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	不明
33	1997年3月以前に、頭部、脳、脊髄に関連し硬膜移植を伴う脳(神経)外科手術を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	1995年3月以前に、ヒト由来成長ホルモンの注射を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
35	クロイツフェルト・ヤコブ病(CJD)やその類縁疾患と診断されたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
36	血縁者にクロイツフェルト・ヤコブ病やその類縁疾患と診断された人がいますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

この3ヶ月間に

はい いいえ

37	ペットなどの動物にかまれたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
----	------------------------	--------------------------	-------------------------------------

この1年間に

はい いいえ

38	以下のいずれかに該当することがありましたか。 ① よく知らない行きずりの人との性的接触をもった。 ② 金品の授受を目的として性的接触をもった。 ③ 男性同性間の性的接触をもった。 ④ 麻薬・覚せい剤を注射した。 ⑤ ①～④に該当する者と性的接触をもった。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
39	B型肝炎にかかっている人またはB型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りましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
40	使用後の注射針を誤って自分に刺したことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
41	いれずみ(刺青、タトゥ)をしましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	検診医判定
42	ピアス(ボディピアスを含む)をしましたか。または唇、口腔、鼻腔などの粘膜を貫通してピアスをしていますか。 ( )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可

私は上記の質問を理解し正しく答えました。また、献血者向け説明資料「お願い！」を読み理解しました。さらに、献血した血液について、梅毒、HBV、HCV、HIV、HTLV-1等の検査が行われること、および必要な場合、遺伝子検査を行うことがあることを了解し、献血します。

献血者署名

問診担当者署名

問診票: 案④(質問対象期間別分類)

渡航歴関連	<input type="checkbox"/>
服薬・予防接種関連	<input type="checkbox"/>
疾患関連	<input type="checkbox"/>

No.	質問	はい	いいえ	
1	「お願い！」文書をお読みになりましたか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	検診医判定
2	今日の体調はよろしいですか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	可・不可
3	海外から帰国して4週間以内ですか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

No.4～6は女性の方だけお答えください。

No.	質問	はい	いいえ
4	現在妊娠中ですか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	生後1年以内の子供に授乳中ですか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	この6ヶ月間に出産・流産をしましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

この3日間に

No.	質問	はい	いいえ	
7	出血を伴う歯科治療(抜歯、歯石除去を含む)を受けましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	検診医判定
8	注射や服薬をしましたか。(薬品名 )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可

この4週間以内に

No.	質問	はい	いいえ	
9	発熱と皮膚の発疹を伴う病気(はしか、風疹、おたふくかぜ、帯状疱疹等)にかかりましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
10	発熱を伴う食中毒様の激しい下痢がありましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
11	同居家族や身近な人で、A型肝炎やりんご病を発症した人はいますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
12	プロペシア、プロスカール(いずれも前立腺肥大症治療薬、育毛薬)を服用しましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	検診医判定
13	ステロイドホルモン薬、性ホルモン薬、蛋白同化ホルモン薬、免疫抑制薬の投与を受けましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可

この3ヶ月以内に

No.	質問	はい	いいえ	
14	ヒト胎盤(プラセンタ)抽出物(ラエンネック、メルスモン)の注射を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	検診医判定
15	抗血清(破傷風、ジフテリア、蛇毒など)や血漿分画製剤(アルブミン、グロブリン、フィブリノゲンなど)の投与を受けましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
16	ペットなどの動物にかまれたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

この6ヶ月以内に

No.	質問	はい	いいえ
17	以下の病気にかかりましたか。 A型肝炎、B型肝炎、E型肝炎、伝染性単核球症、りんご病、ウエストナイル熱	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18	アボダート(育毛剤)を服用しましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

この1年間に

No.	質問	はい	いいえ	
19	以下のいずれかに該当することがありましたか。 ① よく知らない行きずりの人との性的接触をもった。 ② 金品の授受を目的として性的接触をもった。 ③ 男性同性間の性的接触をもった。 ④ 麻薬・覚せい剤を注射した。 ⑤ ①～④に該当する者と性的接触をもった。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
20	梅毒、エイズ(HIV感染)以外の性感染症(淋病、クラミジア感染症、性器ヘルペス、尖圭コンジローム等)にかかったことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	検診医判定
21	予防接種を受けましたか。(インフルエンザ、B型肝炎、風疹、BCG、黄熱病など) 受けたことがある場合、いつ頃・何の予防接種でしたか。( )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
22	B型肝炎にかかっている人またはB型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りましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
23	使用後の注射針を誤って自分に刺したことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

24	いれずみ(刺青、タトゥ)をしましたか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	検診医判定
25	ピアス(ボディピアスを含む)をしましたか。または唇、口腔、鼻腔などの粘膜を貫通してピアスをしていますか。 ( )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可

この3年間に

はい いいえ 検診医判定

26	ヨーロッパ以外の国に渡航又は居住したことがありますか。 国・都市名 ( ) 時期・期間 ( )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
----	---	--------------------------	-------------------------------------	------

1980年以降に

27	下記のヨーロッパ諸国に滞在あるいは居住されたことはありますか。 1) 1980年1月-1996年12月末: (1泊以上)イギリス 2) 1997年1月-2004年12月末: (通算6ヶ月間以上)イギリス 3) 1980年1月-2004年12月末: (通算6ヶ月間以上)フランス、アイルランド、イタリア、、、 4) 1980年1月-現在まで: (通算6ヶ月間以上)スイス 5) 1980年1月-2004年12月末: (通算5年間以上)オーストリア、スウェーデン、、、 6) 1980年1月-現在まで: (通算5年間以上)アイスランド、アルバニア、アンドラ、、、	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
----	---	--------------------------	-------------------------------------	--

これまでに

はい いいえ

28	献血をしたことがありますか。ある場合はいつ頃でしたか。( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	朝礼や満員電車の中で、あるいは病院での採血の際に気分が悪くなったり気を失ったりしたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	不明
30	輸血を受けたことがありますか。*「輸血」とは献血や点滴ではありません。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	移植(骨髄、肝臓、腎臓、角膜、心臓弁、骨、血管など)を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	不明
32	1997年3月以前に、頭部、脳、脊髄に関連し硬膜移植を伴う脳(神経)外科手術を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	1995年3月以前に、ヒト由来成長ホルモンの注射を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
34	クロイツフェルト・ヤコブ病(CJD)やその類縁疾患と診断されたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
35	血縁者にクロイツフェルト・ヤコブ病やその類縁疾患と診断された人がいますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
36	海外で流行している疾患(マラリア、シャーガス病、アフリカトリパノソーマ症、バベシア症、リーシュマニア症など)に罹ったことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
37	B型やC型の肝炎ウイルス保有者(キャリア)またはB型やC型の慢性肝炎と診断されたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
38	梅毒に罹ったことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
39	エイズ(HIV)検査陽性と判定されたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
40	乾癬治療薬のチガソンを服用したことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	検診医判定
41	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。 肝臓病、心臓病、脳卒中、血液疾患、がん、けいれん、腎臓病、糖尿病、結核、喘息、アレルギー疾患、自己免疫疾患(クローン病、潰瘍性大腸炎、バセドウ病、慢性関節リウマチ、SLE 等)、腎臓病、化膿性皮膚疾患、熱傷、外傷・手術	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可
42	その他の治療中または経過観察中の病気がありますか。 ( )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	可・不可

私は上記の質問を理解し正しく答えました。また、献血者向け説明資料「お願い！」を読み理解しました。さらに、献血した血液について、梅毒、HBV、HCV、HIV、HTLV-1等の検査が行われること、および必要な場合、遺伝子検査を行うことがあることを了解し、献血します。

献血者署名 \_\_\_\_\_

問診担当者署名 \_\_\_\_\_



# 『献血問診票に関するアンケート調査』 集計表

---

## < 目 次 >

1. 本アンケート 単純集計	-----	1
2. 本アンケート クロス集計	-----	6
3. Q 5 - 5 (問診票案②-1) 単純集計	-----	14
4. Q 5 - 5 (問診票案②-1) クロス集計	-----	22

## 1. 本アンケート 単純集計

### (1) Q1. 改訂意向... (S A)

No.	カテゴリー名	n	%
1	現在のもので十分である	9	4.1
2	必要最低限の修正にとどめるべきである	127	58.5
3	根本的に見直し全面改訂すべきである	59	27.2
	不明	22	10.1
	全体	217	100.0

### (2) Q2-01. 改訂項目1... (S A)

No.	カテゴリー名	n	%
1	このままでよい	185	85.3
2	改正すべき	20	9.2
	不明	12	5.5
	全体	217	100.0

### (3) Q2-02. 改訂項目2... (S A)

No.	カテゴリー名	n	%
1	このままでよい	131	60.4
2	改正すべき	75	34.6
	不明	11	5.1
	全体	217	100.0

### (4) Q2-03. 改訂項目3... (S A)

No.	カテゴリー名	n	%
1	このままでよい	113	52.1
2	改正すべき	92	42.4
	不明	12	5.5
	全体	217	100.0

### (5) Q2-04. 改訂項目4... (S A)

No.	カテゴリー名	n	%
1	このままでよい	171	78.8
2	改正すべき	33	15.2
	不明	13	6.0
	全体	217	100.0

### (6) Q2-05. 改訂項目5... (S A)

No.	カテゴリー名	n	%
1	このままでよい	182	83.9
2	改正すべき	21	9.7
	不明	14	6.5
	全体	217	100.0

## 1. 本アンケート 単純集計

(7) Q2-06. 改訂項目6... (S A)

No.	カテゴリー名	n	%
1	このままでよい	149	68.7
2	改正すべき	56	25.8
	不明	12	5.5
	全体	217	100.0

(8) Q2-07. 改訂項目7... (S A)

No.	カテゴリー名	n	%
1	このままでよい	41	18.9
2	改正すべき	162	74.7
	不明	14	6.5
	全体	217	100.0

(9) Q2-08. 改訂項目8... (S A)

No.	カテゴリー名	n	%
1	このままでよい	142	65.4
2	改正すべき	59	27.2
	不明	16	7.4
	全体	217	100.0

(10) Q2-09. 改訂項目9... (S A)

No.	カテゴリー名	n	%
1	このままでよい	120	55.3
2	改正すべき	84	38.7
	不明	13	6.0
	全体	217	100.0

(11) Q2-10. 改訂項目10... (S A)

No.	カテゴリー名	n	%
1	このままでよい	190	87.6
2	改正すべき	15	6.9
	不明	12	5.5
	全体	217	100.0

(12) Q2-11. 改訂項目11... (S A)

No.	カテゴリー名	n	%
1	このままでよい	144	66.4
2	改正すべき	62	28.6
	不明	11	5.1
	全体	217	100.0

## 1. 本アンケート 単純集計

(13) Q2-12. 改訂項目12... (S A)

No.	カテゴリー名	n	%
1	このままでよい	162	74.7
2	改正すべき	43	19.8
	不明	12	5.5
	全体	217	100.0

(14) Q2-13. 改訂項目13... (S A)

No.	カテゴリー名	n	%
1	このままでよい	148	68.2
2	改正すべき	57	26.3
	不明	12	5.5
	全体	217	100.0

(15) Q2-14. 改訂項目14... (S A)

No.	カテゴリー名	n	%
1	このままでよい	103	47.5
2	改正すべき	103	47.5
	不明	11	5.1
	全体	217	100.0

(16) Q3. 改訂の方向性... (S A)

No.	カテゴリー名	n	%
1	1) が望ましい	88	40.6
2	2) が望ましい	112	51.6
3	その他のご意見	16	7.4
	不明	1	0.5
	全体	217	100.0

(17) Q4. 分類・配列方法... (S A)

No.	カテゴリー名	n	%
1	重要度順	88	40.6
2	質問内容の類似性	72	33.2
3	質問対象期間	25	11.5
4	その他の案	13	6.0
	不明	19	8.8
	全体	217	100.0

(18) Q5-1. 案2-1質問数... (S A)

No.	カテゴリー名	n	%
1	多すぎる	110	50.7
2	多いが許容範囲	92	42.4
3	ちょうどよい	10	4.6
4	少なすぎる	1	0.5
	不明	4	1.8
	全体	217	100.0

## 1. 本アンケート 単純集計

(19) Q5-2. 案2-1回答時間... (S A)

No.	カテゴリー名	n	%
1	時間がかかりすぎる	111	51.2
2	時間がかかるが我慢できる	87	40.1
3	適当である	12	5.5
	不明	7	3.2
	全体	217	100.0

(20) Q5-3. 案2-1質問の意味... (S A)

No.	カテゴリー名	n	%
1	非常に分かりにくい	20	9.2
2	分かりにくいところがある	87	40.1
3	分かりやすい (理解できる)	98	45.2
	不明	12	5.5
	全体	217	100.0

(21) Q5-4. 案2-1用語・文... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	専門用語が多すぎる	85	39.4
2	字数が多すぎる	44	20.4
3	字が小さい	52	24.1
4	一部に不適切な用語や表現がある	24	11.1
5	ほぼ適切である	73	33.8
6	その他	11	5.1
	不明	13	6.0
	全体	216	100.0

累計 (n)	累計 (%)
302	139.8

(22) Q6. 案2-2意見... (S A)

No.	カテゴリー名	n	%
1	すべての情報を得られないので、定期的献血者であっても最後まで回答を求めるべきである	69	31.8
2	望ましい。献血不適と分かればそれ以上献血者に質問する必要はない	96	44.2
3	その他の意見	39	18.0
	不明	13	6.0
	全体	217	100.0

(23) Q7. リスク項目案... (S A)

No.	カテゴリー名	n	%
1	案のままでよい	74	34.1
2	変更するほうがよい	137	63.1
	不明	6	2.8
	全体	217	100.0

## 1. 本アンケート 単純集計

(24) Q7SQ. 変更案... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%		
1	(1)を「配偶者または特定の異性以外と性的接触をもった。」とする方がよい	98	71.5		
2	(2)を「(2)性風俗産業に従事している、または従事していたことがある。(3)性風俗従事者と性的接触をもった。」とする方がよい	44	32.1		
3	(2)を「売買春をした。」と明確にする方がよい	34	24.8		
4	(3)を「男性同士の性交渉をした。」とする方がよい	64	46.7		
5	その他	24	17.5		
	不明	1	0.7		
	非該当	80		累計 (n)	累計 (%)
	全体	137	100.0	265	193.4

(25) Q8. 献血者署名... (SA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	責任ある献血という意味で献血できる人だけでよい	48	22.1
2	問診回答に責任を持ってもらう意味で、献血できなかった人も含めてすべての人に求めるべきである	164	75.6
	不明	5	2.3
	全体	217	100.0

(26) Q9. 問診担当者署名... (SA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	不要である	66	30.4
2	問診担当者の署名もあるべきである	143	65.9
	不明	8	3.7
	全体	217	100.0

(27) 職種... (SA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	医師	65	30.0
2	渉外・業務担当者	64	29.5
3	看護師	82	37.8
	不明	6	2.8
	全体	217	100.0

(28) 所属... (SA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	東京都	75	34.6
2	大阪府	50	23.0
3	九州	44	20.3
4	北海道	48	22.1
	不明	0	0.0
	全体	217	100.0

## 2. 本アンケート クロス集計

		全体	Q1. 改訂意向			
			現在のもの で十分 である	必要最低 限の修正 にとどめ るべきで ある	根本的に 見直し全 面改訂す べきであ る	不明
合計		217 100.0	9 4.1	127 58.5	59 27.2	22 10.1
職 種	医師	65 100.0	0 0.0	33 50.8	24 36.9	8 12.3
	渉外・業務担当者	64 100.0	7 10.9	44 68.8	10 15.6	3 4.7
	看護師	82 100.0	1 1.2	47 57.3	24 29.3	10 12.2

		全体	Q2-01. 改訂項目1		
			このまま でよい	改正すべ き	不明
合計		217 100.0	185 85.3	20 9.2	12 5.5
職 種	医師	65 100.0	55 84.6	7 10.8	3 4.6
	渉外・業務担当者	64 100.0	63 98.4	1 1.6	0 0.0
	看護師	82 100.0	63 76.8	11 13.4	8 9.8

		全体	Q2-02. 改訂項目2		
			このまま でよい	改正すべ き	不明
合計		217 100.0	131 60.4	75 34.6	11 5.1
職 種	医師	65 100.0	38 58.5	24 36.9	3 4.6
	渉外・業務担当者	64 100.0	53 82.8	11 17.2	0 0.0
	看護師	82 100.0	37 45.1	38 46.3	7 8.5

		全体	Q2-03. 改訂項目3		
			このまま でよい	改正すべ き	不明
合計		217 100.0	113 52.1	92 42.4	12 5.5
職 種	医師	65 100.0	31 47.7	31 47.7	3 4.6
	渉外・業務担当者	64 100.0	43 67.2	20 31.3	1 1.6
	看護師	82 100.0	36 43.9	39 47.6	7 8.5



## 2. 本アンケート クロス集計

		全体	Q2-04. 改訂項目4		
			このまま でよい	改正すべ き	不明
合計		217 100.0	171 78.8	33 15.2	13 6.0
職 種	医師	65 100.0	49 75.4	12 18.5	4 6.2
	渉外・業務担当者	64 100.0	54 84.4	10 15.6	0 0.0
	看護師	82 100.0	63 76.8	11 13.4	8 9.8

		全体	Q2-05. 改訂項目5		
			このまま でよい	改正すべ き	不明
合計		217 100.0	182 83.9	21 9.7	14 6.5
職 種	医師	65 100.0	52 80.0	8 12.3	5 7.7
	渉外・業務担当者	64 100.0	56 87.5	7 10.9	1 1.6
	看護師	82 100.0	69 84.1	6 7.3	7 8.5

		全体	Q2-06. 改訂項目6		
			このまま でよい	改正すべ き	不明
合計		217 100.0	149 68.7	56 25.8	12 5.5
職 種	医師	65 100.0	46 70.8	15 23.1	4 6.2
	渉外・業務担当者	64 100.0	50 78.1	14 21.9	0 0.0
	看護師	82 100.0	48 58.5	27 32.9	7 8.5

		全体	Q2-07. 改訂項目7		
			このまま でよい	改正すべ き	不明
合計		217 100.0	41 18.9	162 74.7	14 6.5
職 種	医師	65 100.0	7 10.8	54 83.1	4 6.2
	渉外・業務担当者	64 100.0	15 23.4	49 76.6	0 0.0
	看護師	82 100.0	18 22.0	55 67.1	9 11.0

## 2. 本アンケート クロス集計

		全体	Q2-08. 改訂項目8		
			このまま でよい	改正すべ き	不明
合計		217 100.0	142 65.4	59 27.2	16 7.4
職 種	医師	65 100.0	44 67.7	17 26.2	4 6.2
	渉外・業務担当者	64 100.0	51 79.7	12 18.8	1 1.6
	看護師	82 100.0	42 51.2	30 36.6	10 12.2

		全体	Q2-09. 改訂項目9		
			このまま でよい	改正すべ き	不明
合計		217 100.0	120 55.3	84 38.7	13 6.0
職 種	医師	65 100.0	40 61.5	21 32.3	4 6.2
	渉外・業務担当者	64 100.0	40 62.5	24 37.5	0 0.0
	看護師	82 100.0	36 43.9	38 46.3	8 9.8

		全体	Q2-10. 改訂項目10		
			このまま でよい	改正すべ き	不明
合計		217 100.0	190 87.6	15 6.9	12 5.5
職 種	医師	65 100.0	52 80.0	10 15.4	3 4.6
	渉外・業務担当者	64 100.0	60 93.8	3 4.7	1 1.6
	看護師	82 100.0	73 89.0	2 2.4	7 8.5

		全体	Q2-11. 改訂項目11		
			このまま でよい	改正すべ き	不明
合計		217 100.0	144 66.4	62 28.6	11 5.1
職 種	医師	65 100.0	41 63.1	21 32.3	3 4.6
	渉外・業務担当者	64 100.0	46 71.9	17 26.6	1 1.6
	看護師	82 100.0	52 63.4	24 29.3	6 7.3

## 2. 本アンケート クロス集計

		全体	Q2-12. 改訂項目12		
			このまま でよい	改正すべ き	不明
合計		217	162	43	12
		100.0	74.7	19.8	5.5
職 種	医師	65	49	12	4
		100.0	75.4	18.5	6.2
	渉外・業務担当者	64	52	12	0
		100.0	81.3	18.8	0.0
	看護師	82	56	19	7
		100.0	68.3	23.2	8.5

		全体	Q2-13. 改訂項目13		
			このまま でよい	改正すべ き	不明
合計		217	148	57	12
		100.0	68.2	26.3	5.5
職 種	医師	65	44	17	4
		100.0	67.7	26.2	6.2
	渉外・業務担当者	64	44	20	0
		100.0	68.8	31.3	0.0
	看護師	82	55	20	7
		100.0	67.1	24.4	8.5

		全体	Q2-14. 改訂項目14		
			このまま でよい	改正すべ き	不明
合計		217	103	103	11
		100.0	47.5	47.5	5.1
職 種	医師	65	21	41	3
		100.0	32.3	63.1	4.6
	渉外・業務担当者	64	38	26	0
		100.0	59.4	40.6	0.0
	看護師	82	40	35	7
		100.0	48.8	42.7	8.5

		全体	Q3. 改訂の方向性			
			1) が望 ましい	2) が望 ましい	その他の ご意見	不明
合計		217	88	112	16	1
		100.0	40.6	51.6	7.4	0.5
職 種	医師	65	21	37	7	0
		100.0	32.3	56.9	10.8	0.0
	渉外・業務担当者	64	36	22	6	0
		100.0	56.3	34.4	9.4	0.0
	看護師	82	28	50	3	1
		100.0	34.1	61.0	3.7	1.2

## 2. 本アンケート クロス集計

		全体	Q4. 分類・配列方法				
			重要度順 の類似性	質問内容 の類似性	質問対象 期間	その他の 案	不明
合計		217	88	72	25	13	19
		100.0	40.6	33.2	11.5	6.0	8.8
職種	医師	65	16	32	6	3	8
		100.0	24.6	49.2	9.2	4.6	12.3
	渉外・業務担当者	64	25	20	6	8	5
		100.0	39.1	31.3	9.4	12.5	7.8
看護師		82	43	20	13	2	4
		100.0	52.4	24.4	15.9	2.4	4.9

		全体	Q5-1. 案2-1質問数				
			多すぎる 容範囲	多いが許 容範囲	ちょうど よい	少なすぎ る	不明
合計		217	110	92	10	1	4
		100.0	50.7	42.4	4.6	0.5	1.8
職種	医師	65	25	34	4	0	2
		100.0	38.5	52.3	6.2	0.0	3.1
	渉外・業務担当者	64	50	12	1	0	1
		100.0	78.1	18.8	1.6	0.0	1.6
看護師		82	32	44	5	1	0
		100.0	39.0	53.7	6.1	1.2	0.0

		全体	Q5-2. 案2-1回答時間			
			時間がか かりすぎ る	時間がか かるが我 慢できる	適当であ る	不明
合計		217	111	87	12	7
		100.0	51.2	40.1	5.5	3.2
職種	医師	65	26	33	4	2
		100.0	40.0	50.8	6.2	3.1
	渉外・業務担当者	64	47	13	3	1
		100.0	73.4	20.3	4.7	1.6
看護師		82	35	40	5	2
		100.0	42.7	48.8	6.1	2.4

		全体	Q5-3. 案2-1質問の意味			
			非常に分 かりにく い	分なりに くいとこ ろがある	分なりに すい(理 解でき る)	不明
合計		217	20	87	98	12
		100.0	9.2	40.1	45.2	5.5
職種	医師	65	4	26	32	3
		100.0	6.2	40.0	49.2	4.6
	渉外・業務担当者	64	8	34	18	4
		100.0	12.5	53.1	28.1	6.3
看護師		82	7	26	46	3
		100.0	8.5	31.7	56.1	3.7