

捨てずにお持ち帰りください

400mL献血、成分献血にご協力を!

# お願い!



輸血は、患者さんの命を救う手段として行われます。患者さんの安全のため、安心して輸血を受けられるような献血をお願いします。

献血へのご協力に心から感謝いたします。献血前にお読みいただき、ご不明な点は職員におたずねください。



## 以下に該当する方は献血をご遠慮ください

- ① エイズ(HIV)検査が目的の方 (エイズ検査の結果はお知らせしていません)
- ② この1年間に、不特定の異性との性的接触があった方
- ③ 男性の方でこの1年間に、男性との性的接触があった方
- ④ この1年間に、麻薬・覚せい剤を使用した方
- ⑤ 輸血や臓器の移植を受けたことがある方
- ⑥ B型やC型肝炎ウイルスやエイズウイルスの保有者(キャリア)と言われた方
- ⑦ 梅毒、C型肝炎、又はマラリアにかかったことがある方
- ⑧ 海外から帰国(入国)して4週間以内の方
- ⑨ 昭和55年(1980年)以降、ヨーロッパの対象国に滞在(居住)された方 (国名・期間等、詳しくは受付におたずねください)
- ⑩ この3日間に、出血を伴う歯科治療(歯石除去を含む)を受けられた方



※医薬品を服用されている場合は必ず問診の際にお申し出ください。

※以下の育毛医薬品(錠剤)を服用されている方は、一定期間献血をご遠慮ください。

- ① AVODART(アボダート)(製造:Glaxo Smith Kline社)…… 6ヵ月間
- ② PROPECIA(プロペシア)(製造:Merck社)…… 1ヵ月間
- ③ PROSCAR(プロスカー)(製造:Merck社)…… 1ヵ月間



患者さんや献血される方の安全のため、検診医の判断により献血をご遠慮していただくことがあります。



# 献血いただく前に

献血いただく前に、これをよく読んでいただき、了解された上で申込書（診療録）をご記入いただきます。

## 献血前に

- お名前、生年月日、住所、電話番号等は正確にお書きください。
- ご本人の確認のため、運転免許証などの提示をお願いすることがあります。
- 問診票の質問には正確にお答えください。
- プライバシーは厳守いたします。
- 献血後に高所作業や激しいスポーツ、自動車の運転等をされる方は献血前にお知らせください。特に乗り物の運転をされる方は、献血後に十分な休憩（30分以上）を取っていただきます。
- 副作用予防のため、献血前に水分（スポーツドリンク等）を補給してください。

## 献血時は

- 200mL・400mL献血では10分から15分位、成分献血では40分から90分位の採血時間がかかります。
- 血圧や血液の濃さ（血液比重またはヘモグロビン）を事前に測定します。
- 採血針は、一人ずつ使い捨てとなっています。
- 針を刺したときの痛みがいつまでも続いたり、強い痛みがある場合、すぐに看護師、医師等にお知らせください。
- 採血中や採血後に気分不良やめまい、皮下出血等が起こることがあります。いずれの場合も我慢をせず、すぐに看護師、医師等にお知らせください。
  - ・副作用発生率は気分不良、吐き気、めまい、失神などで約0.8%、皮下出血で約0.2%、神経損傷（しびれ、運動障害など）で約0.01%です。（平成15年度）
  - ・採血針を刺した箇所針跡が残ることがあります。

## 献血後は

- 採血終了後は、十分に水分（スポーツドリンク等）を補給し、10分以上休憩してください。

## 献血いただいた血液は

- 献血いただいた血液が採血装置等の不具合・不良により輸血に使用できなくなることがあります。
- 次の検査を実施し、輸血に不適と判断されれば使用しません。
  - ・血液型（ABO式、Rh式）、不規則抗体、梅毒、B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス、エイズウイルス、ヒトTリンパ球向性ウイルス-1型、ヒトパルボウイルスB19、ALT（肝機能）
  - ・必要により、赤血球の詳しい型、白血球抗原（HLA）、血小板抗原、血漿蛋白、サイトメガロウイルスの検査を実施することがあります。
- より詳細な血液型の検査や輸血副作用の検査のため、赤血球型、白血球型（HLA型）、血小板型や血漿蛋白の遺伝子検査を行う場合があります。なお、その他の遺伝子検査をご本人の承諾を得ずに行うことはありません。
- 献血していただいた血液の一部は、輸血副作用・感染症などの調査のために11年間冷凍保管しています。
- 献血していただいた血液は、治療用以外にも、輸血の有効性・安全性の向上のための研究や、安全な輸血のための検査試薬製造等に有効に活用させていただくことがあります。

## ご協力ください

- 輸血をされた患者さんについて、感染症などの報告があった場合、輸血医療の安全性向上と献血者ご自身の健康管理のため、検査用血液の採血を再度お願いする場合があります。
- 献血された方に「輸血を受けられる患者さんのために」という印刷物をお渡しします。これをよくお読みになって、思い当たる場合は、必ず献血当日中に血液センターへお電話ください。



## 献血後のお願い



### 献血当日の過ごし方

献血後は、水分の補給と休憩（少なくとも10分以上）をおとりください。  
電車でお帰りの際、転落防止のため駅のホームでは線路の近くで電車を待たないでください。  
(気分不良、失神などはじっと立っている時に発生するといわれています)

<献血当日は次のようなことをお願いいたします>



乗り物を運転される場合は、その前に十分な休憩(30分以上)をおとりください



ジュース(スポーツドリンク)、お茶などで十分補給してください



- 重労働…採血側の腕に強い力がかからないようにお願いします
- エレベーター・階段…使用する際は、特に注意してください
- 入浴…2時間以内の入浴と当日のサウナは避けてください
- 飲酒・喫煙…献血直後は避けてください
- スポーツ…水泳、マラソンなど激しいスポーツは避けてください



### 気分が悪くなったら

緊張感の強い場合やその日の体調によっては、採血に伴い気分が悪くなったりめまいがすることがあります。そのような場合はすぐに座るか、横になってください。

通常は頭を低くして30分程度安静にするだけで軽快します。

また、採血後の腕の痛みなど何かご心配なときは、すぐに血液センターまでご連絡ください。

### + ○○○赤十字血液センター (XXX-XXX-XXXX)

移動採血車の運行予定や献血ルームのご案内などはホームページでもご覧いただけます。

(<http://www.○○○○.○○○>)

#### 献血ルームのご案内

- 赤十字献血センター XXX-XXX-XXXX
- 献血ルーム XXX-XXX-XXXX
- 献血ルーム XXX-XXX-XXXX
- 赤十字献血センター XXX-XXX-XXXX
- 献血ルーム XXX-XXX-XXXX
- 献血ルーム XXX-XXX-XXXX



## 献血後のお知らせ(検査結果)

献血いただく前に、検査結果通知のご希望の有無をお伺いしています。(結果は献血後1ヶ月以内に親展にてお届けします)

### (1) お知らせしている検査項目

- 血液型検査、生化学検査(献血者全員)
- 血球計数検査(400mL及び成分献血者)

### (2) 検査で異常を認めた場合にお知らせする項目

- B型、C型肝炎ウイルス検査
- 梅毒検査 ●HTLV-1検査(エイズ検査ではありません)\*

※HTLV-1:エイズウイルス(HIV)とは全く関係ありません。

HTLV-1は古くから人類と共存し、主にヒトの白血球に感染するウイルスの一つです。

HTLV-1の感染経路として①母乳②性交渉③輸血が指摘されています。

日本ではおよそ120万人の方がこのウイルスを保有していると推定され、まれにこのウイルスに関連する疾患を発症する方がありますが、ほとんどの方は生涯、関連疾患を発症することなく過ごされています。

## より安全な輸血医療のために

### エイズや肝炎は、主に性交渉により若い世代に感染が広がっています

エイズウイルス(HIV)や肝炎ウイルス(HBV、HCV)を保有している人との性交渉や、注射器を共用し麻薬などを使用した場合に、エイズや肝炎のウイルスに感染する恐れがあります。

下記はいずれもこれらの危険性が高い行為です。過去1年以内に該当する場合は献血いただけません。

- (a) 不特定の異性との性的接触
- (b) 男性の方:男性との性的接触
- (c) 麻薬、覚せい剤を注射した
- (d) (a)～(c) 該当者との性的接触

### 検査目的の献血をお断りする理由

エイズウイルスや肝炎ウイルスの感染初期は、強い感染力を持つにもかかわらず、最も鋭敏な検査方法を用いても検出できない期間が存在します。

エイズウイルスなどの感染に不安があり、検査により確認しようとする、患者さんにウイルスを感染させてしまうこととなります。

### エイズ検査施設

エイズ検査をご希望の方は最寄りの保健所にお問合せください。保健所ではエイズ検査を匿名、無料で受けることができます。

「HIV検査・相談マップ」(<http://www.hivkensa.com>) (iモード [www.hivkensa.com/i/](http://www.hivkensa.com/i/))  
では、保健所などの検査機関の情報が掲載されています。

### 何らかの病気や感染症(SARS等)にかかっているとわかった場合はご連絡ください

献血後、3週間以内にSARS(Severe Acute Respiratory Syndrome:重症急性呼吸器症候群)と診断された又はSARSの疑いがあると診断された場合等には、血液センターまでご連絡ください。(又は主治医に献血した旨をお伝えください)

### 400mL・成分献血にご協力を

輸血によるウイルス等の感染を減らすためには、できるだけ少人数の方からの血液を輸血することが望ましいため、是非ご協力をお願いいたします。

## 初回献血者用(初回および過去2年以内に献血歴なし)

問診票:案②-1

渡航歴関連   
 服薬・予防接種関連   
 疾患関連

※評価は以下のように

A: 適当である

B: 修正すべき

C: 不要である

A.				
No.	質問	はい	いいえ	評価記入欄
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"/>	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"/>	不明
6	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"/>
7	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"/>	
8	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"/>	
9	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"/>	
10	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、パベシア症、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"/>	
11	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"/>	
12	梅毒に罹ったことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
13	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"/>	
14	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"/>	





初回献血者用

問診票:案②-1

渡航歴関連	
服薬・予防接種関連	
疾患関連	

※評価は以下のように  
 A: 適当である  
 B: 修正すべき  
 C: 不要である

D. (医師が献血適否を判断する項目)

はい いいえ 検査医判定 評価記入欄

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、フィブリノゲンなど)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 \_\_\_\_\_



## リピートドナー用(過去2年以内に献血歴あり)

問診票: 案②-2

渡航歴関連	■
服薬・予防接種関連	■
疾患関連	■

A.

No.	質問	はい	いいえ
1	「お願い！」文書をお読みにになりましたか。	■	□
2	海外から帰国して4週間以内ですか。	□	■
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、、	□	■

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。	□	■	□
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。	□	■	
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。	□	■	
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。	□	■	
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。	□	■	
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。	□	■	
10 梅毒に罹ったことがありますか。	□	■	
11 エイズ(HIV)検査陽性と判定されたことがありますか。	□	■	
12 乾癬治療薬のチガソンを服用したことがありますか。	□	■	

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。



リピートドナー用

問診票: 案②-2

渡航歴関連	
服薬・予防接種関連	
疾患関連	

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"/>

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す。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	
服薬・予防接種関連	
疾患関連	

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うけましたか。	<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(改訂案)

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のうかがうものです。  
 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。

(注意) 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。

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 <input type="checkbox"/>
2	3日以内に出血を伴う歯科治療(抜歯等)を受けましたか。	はい <input type="checkbox"/>	いい <input type="checkbox"/>
3	3日以内に薬を飲んだり、注射をしましたか。	はい <input type="checkbox"/>	いい <input type="checkbox"/>
4	次の育毛薬/前立腺肥大症治療薬を使用しましたことがありますか。 プロペシア・プロスカール(1カ月以内)、アボダート(6カ月以内)	はい <input type="checkbox"/>	いい <input type="checkbox"/>
5	次の薬を使用したことがありますか。 チガゾン(乾せん治療薬)、ラエンネック・メルスモン(プラセンタ注射薬)	はい <input type="checkbox"/>	いい <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 <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 <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、おたふくかぜ、帯状ほうしん、水ぼうそう 1カ月以内 - 発熱を伴う下痢 6カ月以内 - 伝染性単核球症、リンゴ病	はい <input type="checkbox"/>	いい <input type="checkbox"/>
9	2カ月以内に肝炎やリンゴ病になった人が家族や職場等にいますか。	はい <input type="checkbox"/>	いい <input type="checkbox"/>
10	6カ月以内に次の病気に該当することがありましたか。 ①ピアスの穴をあけた、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)と性的接触があった。	はい <input type="checkbox"/>	いい <input type="checkbox"/>
11	1年以内に次の病気等にかかったか、あるいは現在は現在治療中ですか。 外傷、手術、肝臓病、腎臓病、糖尿病、糖尿病、結核、性病、 ぜんそく、アレルギーー疾患、その他( )	はい <input type="checkbox"/>	いい <input type="checkbox"/>
12	今までに次の病気等にかかったか、あるいは現在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 <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、マリア、シヤーガス病、 バベシア症、トリパノソーマ症、リーシュマニア症	はい <input type="checkbox"/>	いい <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 <input type="checkbox"/>
15	1年以内にヨーロッパ・米国・カナダ以外の外国に旅行しましたか。 (国名 )	はい <input type="checkbox"/>	いい <input type="checkbox"/>
16	4年以内にヨーロッパ・米国・カナダ以外の外国に1年以上滞在しましたか。 (国名 )	はい <input type="checkbox"/>	いい <input type="checkbox"/>
17	英国に1980(昭和55)年ー1996(平成8)年の間に1泊以上滞在しましたか。	はい <input type="checkbox"/>	いい <input type="checkbox"/>
18	ヨーロッパ(英国も含む)に1980年以降通算6カ月以上滞在しましたか。 (国名 )	はい <input type="checkbox"/>	いい <input type="checkbox"/>
19	6カ月以内に次のいずれかに該当することがありましたか。 (該当する項目を選ぶ必要はありません) ①不特定または多数の異性と性的接触をもった。 ②男性同士で性的接触をもった。 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カ月以前も含む) ⑤①ー④に該当する人と性的接触を持った。	はい <input type="checkbox"/>	いい <input type="checkbox"/>
20	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 <input type="checkbox"/>
21	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人由来成長ホルモンの注射を受けた。 ④角膜移植を受けた。 ⑤1997年3月以前に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 <input type="checkbox"/>
22	現在妊娠中または生後1年以内の赤ちゃんに授乳中ですか。 6カ月以内に出生、流産をしましたか。	はい <input type="checkbox"/>	いい <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。  
 また、別紙「お願い！」の文章を読んで了解し、献血します。

署名



# 献血に際してのお願い

赤十字血液センターの使命は、  
献血してくださる方の安全を守り、安全な血液を患者さんに届けて、  
わが国の医療と国民の健康増進に寄与することです。

献血へのご協力に心から感謝いたします  
**献血受付の前に必ずお読みください**

患者さんが安全な輸血を受けられるように  
**以下に該当する方は献血をご辞退ください**

**(1) エイズ(HIV)検査が目的の方**

(エイズ検査は保健所で無料・匿名で受けられます。即日検査ができる施設もあります。)

**(2) この6ヶ月間に、不特定または多数の異性との性的接触があった方**

**(3) 男性の方で、この6ヶ月間に男性との性的接触があった方**

**(4) この6ヶ月間に、麻薬・覚せい剤を注射した方**

**(5) 輸血や臓器の移植を受けたことがある方**

**(6) 海外から帰国(入国)して4週間以内の方**

**(7) 昭和55年(1980年)以降、ヨーロッパに一定期間滞在(居住)  
された方 (詳しくは受付におたずねください)**

これ以外にも、検診医による問診の結果、献血をお断りする場合があります。

薬を飲んでいる場合は、必ず医師にお知らせください。

献血後に高所作業や激しいスポーツ、自動車の運転等をされる方は献血前にお知らせください。

**申込書、問診票には正しくお答えください**

(1) 献血者の皆様の健康状態を把握し、献血により健康をそこなわないためです。

(2) 輸血を受ける患者さんに感染症等を起こさないために。

(輸血でうつる感染症の中には、検査をしてもわからない場合や、検査をしていないものがあります。)

プライバシーは厳守いたします。



## <より安全な輸血のために>

- エイズや性感染症は、性交渉や麻薬の注射により若い世代に広がっています  
下記はいずれも感染の危険性が高い行為です。過去 1 年以内に該当する場合は献血しないでください。
  - a) 不特定または多数の異性との性的接触
  - b) 男性同士の性的接触
  - c) 麻薬、覚せい剤の注射
  - d) a)~c)該当者との性的接触
- エイズ(HIV)検査などを目的とする献血をお断りする理由  
エイズウイルスや肝炎ウイルスの感染初期は、強い感染力を持つにもかかわらず、最も鋭敏な検査法を用いても検出できない期間が存在します。  
**感染初期に献血されると、患者さんにその病気を感染させてしまう恐れがあります。**
- エイズ検査施設  
エイズ検査を希望する方は最寄りの保健所にお問合せください。保健所ではエイズ検査を無料、匿名で受けることができます。即日検査ができる施設もあります。
- 「HIV 検査・相談マップ」(<http://www.hivkensa.com>) (i モード [www.hivkensa.com/i/](http://www.hivkensa.com/i/))  
に、保健所やクリニックなど検査機関の情報が掲載されています。
- 献血された方に「輸血を受けられる患者さんのために」という印刷物をお渡しします。これをよくお読みになって、思い当たる場合は、必ず献血当日中に血液センターへお電話ください。



## <採血副作用と献血前後の注意>

献血の際には、採血に伴う副作用がまれに生じることがあります。

- 副作用発生率は、気分不良、吐き気、めまい、失神、転倒などで約 0.8%、皮下出血で約 0.2%、神経損傷(脱力や痛みなど)で約 0.01%です。(平成 18 年度)
- **針を刺したときに強い痛みがある場合や痛みがいつまでも続く場合は、すぐに看護師、医師等にお知らせください。**
- 採血中や採血後に気分不良、めまい、失神、転倒や皮下出血等が起こることがあります。いずれの場合も、我慢をせずすぐに看護師、医師等にお知らせください。



気分不良、吐き気、めまい、失神、転倒などの副作用・事故を予防するために、**献血前に水分(ジュース、コーヒー、スポーツドリンク等)をお取りください。**また、採血終了後も、十分に水分を補給し、10 分以上休憩してください。特に乗り物の運転を予定されている方は、献血後に十分な休憩(30 分以上)を取っていただきます。



## <血液の検査と利用の方法>

- 献血された血液に対して、次の検査を実施します。
  - ・血液型検査: ABO 血液型、Rh 血液型、不規則抗体
  - ・感染症の検査: 梅毒、B 型肝炎ウイルス、C 型肝炎ウイルス、エイズウイルス(HIV)、ヒト T リンパ球向性ウイルス-1 型(HTLV-1)、ヒトパルボウイルス B19
  - ・赤血球や白血球の測定(400mL 献血及び成分献血のみ)
  - ・生化学検査
- 必要により、赤血球の詳しい型、白血球型、血小板型、血漿蛋白、サイトメガロウイルスの検査を実施することがあります。
- より詳細な血液型の検査や輸血副作用の原因調査のため、種々の赤血球型、白血球型、血小板型や血漿蛋白の遺伝子検査を行う場合があります。なお、その他の目的の遺伝子検査をご本人の承諾を得ずに行うことはありません。
- 輸血により患者さんに感染症がうつった可能性がある場合、輸血医療の安全性向上と献血者ご自身の健康管理のため、検査用血液の採血を再度お願いする場合があります。
- いただいた血液が基準に合致していなかったり、機器・機材の不具合等によりやむをえず輸血に使用できなくなる場合があります。
- 献血していただいた血液は、治療用および上記調査用以外にも、輸血の有効性・安全性の向上のための研究や、安全な輸血のための検査、試薬製造等に有効に活用することがあります。
- 献血していただいた血液の一部は、輸血副作用・感染症などの調査・研究のために11年間冷凍保管します。



## <検査結果のお知らせ>

献血いただく前に、検査結果通知のご希望の有無をお伺いしています。

(通知を希望された方には、献血後1ヶ月以内に検査結果を親展にてお届けします)

### 1. 検査サービス項目

- 血液型検査、生化学検査
- 血球計数検査(400mL 及び成分献血)

### 2. 検査で異常を認めた場合にお知らせする項目

- B 型、C 型肝炎ウイルス検査
- 梅毒検査
- HTLV-1検査



# <献血当日の過ごし方>



水分補給

ジュース（スポーツドリンク）、お茶などで十分補給してください。



休憩

乗り物を運転される場合は、その前に十分な休憩(30分以上)をおとりください。



入浴

注意!

献血後2時間以内の入浴と当日のサウナは避けてください。



重労働

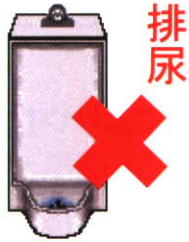
注意!

献血をした側の腕に強い力がかからないようにお願いします。



エレベーター！階段

転倒に注意してください。



排尿

献血後数時間は、立ったままの排尿は避けてください。



飲酒

献血直後はさけてください。



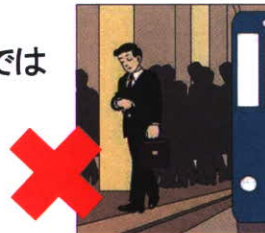
喫煙



スポーツ

水泳、マラソンなど激しいスポーツはさけてください。

電車でお帰りの際、転落しないように、駅のホームでは線路から離れて電車をお待ちください。



## 気分が悪くなったら

緊張感の強い場合やその日の体調によっては、献血後時間が経ってから気分が悪くなったりめまいがすることがあります。そのような場合はすぐにしゃがみこむか、横になってください。通常は頭を低くして30分程度安静にするだけで軽快します。また、献血後の体調不良や腕の痛みなど何かご心配なときは、すぐに血液センターまでご連絡ください。

+ ○○○赤十字血液センター

TEL:000-000-0000 FAX:123-456-7890

## <献血者救済制度について>

献血によって健康被害が生じた場合、医療費を補償する献血者健康被害救済制度が設けられています。くわしくは、血液センター職員にお尋ねください。