

# 献血申込書 (診療録)

初回  
 再来  
 (新規)

献血年月日 平成 年 月 日  
 献血センター  
 献血者コード ( )

※太線枠内をご記入ください。裏面もご記入ください。

フリガナ (姓) (名) 漢字氏名 (姓) (名)	性別 生年月日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 平成 身長 cm 体重 kg 登録センター ( ) 旧名	職業 1 <input type="checkbox"/> 公務員 7 <input type="checkbox"/> 主婦 2 <input type="checkbox"/> 会社員 8 <input type="checkbox"/> 高校生 3 <input type="checkbox"/> 無業 9 <input type="checkbox"/> その他 4 <input type="checkbox"/> 大学生 5 <input type="checkbox"/> その他学生	希望献血 1 <input type="checkbox"/> 200mL 2 <input type="checkbox"/> 400mL 3 <input type="checkbox"/> 血漿 4 <input type="checkbox"/> 血小板 希望採取血漿量 既献血回数	血液型 受付特記 <input type="checkbox"/> 基準 <input type="checkbox"/> 通知 <input type="checkbox"/> 保留 (問診回答変更)
自宅電話 携帯電話	勤務先又は学校名 学年 電話1 電話2	献血前に食事をとられた時刻 B型、C型肝炎検査、梅毒検査、HIV-1抗体検査の結果異常を認められた場合通知を希望されますか。	献血可能日 200mL 400mL 血漿 血小板 希望1年以内の献血回数	採血不適 1 <input type="checkbox"/> 比量不足 2 <input type="checkbox"/> 血圧 3 <input type="checkbox"/> 腰痛 4 <input type="checkbox"/> 問診該当① 5 <input type="checkbox"/> 問診該当② 6 <input type="checkbox"/> 事前検査
前情報 血液比重 1.053 1.052未満	発熱 有・無 体温 脈拍 /分 血圧 mmHg 採血方法	献血センター 施設 採血年月日 採血時間 採血部位 採血動作	既献血回数 献血可能日 希望1年以内の400mL献血日 献血量 献血回数	採血担当者 問診該当①の内訳 10 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/>
備考 外・正・内 著変有・無	検体採取指示 検体の種類 <input type="checkbox"/> 血液計数 <input type="checkbox"/> 保管 <input type="checkbox"/> 生化学 <input type="checkbox"/> 血液型 <input type="checkbox"/> NAT <input type="checkbox"/> HLA	検体採取指示 交差用HLA <input type="checkbox"/> 登録用HLA <input type="checkbox"/>	採血適否 指示採取血小板単位 指示採取血漿量 採血適否 署名 検診医	外・正・内 水分採取 (未, 済)

# 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	質 問 事 項
1 今日体調はよろしいですか。	はい)・いいえ) <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"/>
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。 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"/>
4 次の病気や症状がありましたか。 3週間以内ーはしか、風疹、おたふくかぜ、帯状疱疹、水痘 1ヵ月以内ー発熱を伴う食中毒様の激しい下痢 6ヵ月以内ー伝染性単核球症	はい)・いいえ) <input type="checkbox"/>
5 この1ヵ月間に家族に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"/>
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"/>
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それはどこですか。(国・都市名 ) ②いつ、どのくらいかの期間ですか。 ) ③1980年(昭和55年)～1996年(平成8年)の間に英国に 通算1ヵ月以上滞在しましたか。(はい) (いいえ)	はい)・いいえ) <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"/>

9 今までに輸血や臓器の移植を受けましたことがありますか。	はい)・いいえ) <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"/>
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"/>
12 女性の方：現在妊娠中、または授乳中ですか。 この6ヵ月間に出産、流産をしましたか。	はい)・いいえ) <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"/>
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。(該当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"/>

(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。

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Tリンパ球方向性ウイルス-1型) 等の検査が行われることを  
 了解し、献血します。

署 名

# お願い!



献血していただいた血液は、輸血や分画製剤として患者さんの治療に用いられます。患者さんが、安心して輸血を受けられるように安全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

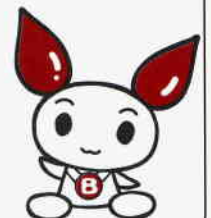
- ① エイズ(HIV)検査が目的の方 (エイズ検査の結果はお知らせしていません)
- ② この1年間に、不特定の異性との性的接触があった方
- ③ 男性の方でこの1年間に、男性との性的接触があった方
- ④ この1年間に、麻薬・覚せい剤を使用した方
- ⑤ 輸血や臓器の移植を受けたことがある方
- ⑥ B型やC型肝炎ウイルスやエイズウイルスの保有者(キャリア)と言われた方
- ⑦ 梅毒、C型肝炎、又はマラリアにかかったことがある方
- ⑧ 海外から帰国(入国)して4週間以内の方
- ⑨ 昭和55年(1980年)以降、ヨーロッパの対象国に滞在(居住)された方 (国名・期間等、詳しくは受付におた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



# 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。

## 採血副作用と注意

- 採血に伴う副作用が生じることがあります。  
採血中や採血後に、気分不良、吐き気、めまい、失神などが約0.9%(1/100人)、  
針を刺すことによる皮下出血が約0.2%(1/500人)、神経損傷(脱力や痛み)が約0.01%  
(1/10,000人)程度の頻度で発症します。また、失神に伴う転倒がまれに発生する場合があります。
- 採血針を刺した箇所に針跡が残ることがあります。
  - 針を刺した時に、強い痛みがある場合や痛みがいつまでも続く場合は、直ぐに看護師、医師にお知らせください。また、皮下出血等も我慢せずにお知らせください。
  - 採血中に気分不良やめまいを起こした場合は、職員にお知らせください。また、採血後に同様の症状を起こした場合は転倒を防止するために、すぐにしゃがむか横になってください。
  - 献血によって健康被害が生じた場合、医療費等を補償する献血者健康被害救済制度がもうけられています。くわしくは、血液センター職員にお尋ねください。

## 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型、Rh型)、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、HTLV-1(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。

# 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しやすいといわれています)

＜献血当日は次のようなことをお願いいたします＞



•水分の補給!  
•休憩!



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



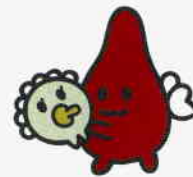
水分補給

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

~~•喫煙・飲酒  
•スポーツ~~



- トイレ…採血直後の排尿は座位で行なってください
- 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
- 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



## 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、採血の数時間後、まれに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、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。

**+** 東京都赤十字血液センター (03-5534-7501)

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.tokyo.bc.jrc.or.jp/>)

## 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）

## 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には、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あります。

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>)

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、健康診断や医療機関などでB型・C型肝炎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）

### ご協力ください

- ・輸血を受けら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された方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。