

## ■献血方法別の採血基準

問診は、献血される方の健康を守るために、そして血液を必要としている患者さんをウイルスなどの感染から守るために実施しています。問診票に記入していただいた内容と血圧、血圧比重の結果に基づいて、体調がすぐれない方、以前に特定の疾患にかかった方、患者さんにとって望ましくない要因を持っている方などは、献血をご遠慮いただく場合があります。

プライバシーは厳守されますので、ご自身のために、患者さんのために問診へ正しい申告をお願いします。

## ■ Blood Drawing Standard for Different Blood Donation Types

The consultation is held to protect the health of the blood donor, as well as to protect the patients who need blood from getting infected with viruses / illnesses. Based on the information provided in the consultation sheet, as well as information about your blood pressure and blood density, we may ask for people who aren't feeling well, have specific illnesses in the past, have certain symptoms/factors that are undesirable to patients and/or other factors to refrain from donating blood. Confidentiality will be kept, so please answer the consultation truthfully for both your own, and the patients' sake.

1	今日の体調はよろしいですか? Are you feeling well and healthy today?	はい・いいえ Yes / No
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? Within the past 3 days, have you: - Taken any injections / medicine? - Had any dental treatment (including removing of plaques)?	はい・いいえ Yes / No
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 ( ) Have you ever fallen sick with the any illnesses below, or are you currently ill with any of the following? - Malaria, Syphilis, Liver disease, Psoriasis, Heart disease, Stroke, Blood disease, Cancer, Spasms, Kidney disease, Diabetes, Tuberculosis, Asthma, Allergies, Injuries/Wounds and/or Operations, Others ( )	はい・いいえ Yes / No
4	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、帯状疱疹、水痘 -1ヶ月以内-発熱を伴う食中毒様の激しい下痢 -6ヶ月以内-伝染性単核球症 Do you have any of the following illnesses / symptoms? - Within the past 3 weeks: Measles, Rubella, Mumps, Herpes Zoster, Chickenpox - Within the past month: Severe diarrhoea resembling that of food poisoning, with fever - Within the past 6 months: EBV Infectious Mononucleosis (Glandular Fever)	はい・いいえ Yes / No
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・いいえ Yes / No

	<p>はいですか？</p> <p>Within the past month, has any of your family members showed symptoms of / contracted Hepatitis A or Erythema Infectiosum (Fifth Disease)?</p>	
6	<p>この1年間に予防接種を受けましたか？</p> <p>Have you had any vaccinations / immunizations this past year?</p>	はい・いいえ Yes / No
7	<p>1980年（昭和55年）以降、海外に旅行または住んでいたことがありますか。</p> <p>(1)それはどこですか。（国・都市名）</p> <p>(2)いつ、どのくらいの期間ですか。（）</p> <p>(3)1980年（昭和55年）～1996年（平成8年）の間に英国に通算1ヶ月以上滞在しましたか。（はい・いいえ）</p> <p>Have you travelled overseas, or lived overseas since 1980?</p> <p>(1) Where was it (Name of country/city)</p> <p>(2) When was it, and for how long? ( )</p> <p>(3) Have you been in the UK for more than 1 month in total from 1980 to 1996? (Yes / No)</p>	はい・いいえ Yes / No
8	<p>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？</p> <p>1- ピアス、またはいれずみ（刺青）をした。</p> <p>2- 使用後の注射針を誤って自分に刺した。</p> <p>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。</p> <p>Does any of the following apply to you within the past year?</p> <p>1- Had a piercing and/or tattoo</p> <p>2- Injected / poked yourself accidentally with an injection needle that has been used</p> <p>3- Had sexual or other intimate contact with a Hepatitis carrier</p>	はい・いいえ Yes / No
9	<p>今までに輸血や臓器の移植を受けたことがありますか？</p> <p>Have you ever had a blood transfusion or organ/tissue transplant?</p>	はい・いいえ Yes / No
10	<p>B型やC型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？</p> <p>Have you been told that you're a carrier of Hepatitis B or Hepatitis C?</p>	はい・いいえ Yes / No
11	<p>次のいずれかに該当することがありますか？</p> <p>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。</p> <p>2- 血縁者にCJD及び類縁疾患と診断された人がいる。</p> <p>3- 人由来成長ホルモンの注射を受けたことがある。</p> <p>4- 角膜移植を受けたことがある。</p> <p>5- 硬膜移植を伴う脳外科手術を受けたことがある。</p> <p>Does any of the following apply to you?</p> <p>1- Been told by a physician that you have Creutzfeldt–Jakob disease (CJD) or similar diseases</p> <p>2- Have relatives diagnosed with CJD or similar diseases</p> <p>3- Been injected with growth hormones</p> <p>4- Had a cornea transplant</p> <p>5- Had brain surgery with dura mater transplant (dural graft / brain covering graft)</p>	はい・いいえ Yes / No

12	女性の方：現在妊娠中、または授乳中ですか。 この6ヶ月間に出産、流産を経験しましたか？	はい・いいえ Yes / No
	For females: Are you currently pregnant, or breast-feeding? Have you given birth / experienced a miscarriage / went through an abortion within this past 6 months?	
13	エイズの検査を受けるための献血ですか？ Are you donating blood in order to check for AIDS?	はい・いいえ Yes / No
14	この1年間で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）	はい・いいえ Yes / No
	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。	
	5- 1～4に該当する者と性的接触をもった。	
	Does any of the following apply to you within the past year? (There is no need to choose which applies)	
	1- Had sexual contact with random members of the opposite sex (Had casual sex)	
	2- For males: Had sexual contact with males	
	3- Been told you were tested positive for AIDS (HIV)	
	4- Been injected with drugs / stimulants	
	5- Had sexual contact with anyone for which 1-4 applies to	

回答訂正番号 \_\_\_\_\_ 番

Answers amended: No \_\_\_\_\_

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、B型やC型の肝炎、梅毒、HTLV-I、エイズ（HIV）等の検査が行われることを了解し、献血します。

署名  
Signature

I have understood the above questions and answered them truthfully.

I will donate my blood with the understanding that the blood I donated will be tested for Hepatitis-B and C, syphilis, HTLV-I, AIDS (HIV), etc.

(注) 1. 「はい・いいえ」欄には献血者が該当する方に○印を記入する。

2. それ以外の欄には問診者が必要に応じて問診結果を記入する。

Note: 1) Circle "Yes" or "No" for the questions, whichever applies

2) Other than the Yes/No columns, please fill in the sections where required

※問診票の内容以外にも医師の問診により献血をお断りする場合があります。

For reasons other than information provided in the questionnaire, you may also be deferred from donating blood based on consultation by the physician.

※エイズウイルス（HIV）や肝炎など感染の恐れがありながら、献血をしてしまった場合には、採血後にお渡しするチラシにしたがって、遅くとも3時間以内に血液センターの留守番電話にご連絡ください。（プライバシーは厳守されます）

If you donated blood while having the risk of being infected with the AIDS virus (HIV), Hepatitis and/or such diseases, we ask that you follow the instructions in the flyer we hand to you after the donation, and contact the blood center (or leave a message) within 3 hours. (We will protect your privacy and maintain confidentiality)