



返信用紙Ⅱ【問診票】 1

記入日 2021年12月18日(9XXXXXXXXXX)

(ふりがな) 氏名	こつすい ぼんこ 骨髄バンク	生年月日	S60年 1月 1日 (36歳)
			(男) <input checked="" type="radio"/> (女) (西暦: 1985年)
身長	160 cm	体重	55 kg
		日頃の血圧 (上)	120 / 下 80 mmHg

1. 今までに次の病気にかかった(既往歴)、あるいは現在治療中の項目がありますか。----- はい: いいえ  
「はい」の方・・・下記の該当する項目を  してください。

	既往歴	治療中		既往歴	治療中
1. アレルギー疾患 (花粉症・蕁麻疹・アトピー性皮膚炎など)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	20. 甲状腺疾患 (甲状腺機能低下症/亢進症 (その他))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 悪性腫瘍(がん)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. サルコイドーシス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 遺伝性疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. 自己免疫疾患(膠原病など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 悪性高熱症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. 視聴覚障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 運動麻痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. 深部静脈血栓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 大けが(手術を伴う)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. 心臓病(虚血性心疾患・心膜炎など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. カルチノイド	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. 精神疾患(うつ病・統合失調症など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 間質性肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. 前立腺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 乾癬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. 腸骨からの骨移植	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 潰瘍性大腸炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 下肢静脈瘤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. ネフローゼ症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 肝臓病(ウイルス性肝炎など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. 脳血管疾患(脳卒中など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 気管支喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. 肺塞栓症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. クロウン病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. 梅毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. 皮膚疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 高血圧症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. マラリア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 頸椎・腰椎疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. 慢性腎炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. けいれん性疾患(てんかんなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. リウマチ熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 血液疾患(貧血) (白血病など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. 緑内障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⇒ 上記に該当する方・・・病名、発症時期、治療・検査内容等を具体的に記入してください。

病名(具体的に)	いつから(いつまで)	治療・検査内容	現在の状況
気管支喘息	10年前位	3月まで吸入剤使用	良好
花粉症	5年前位	3~5月アレジオン内服	症状なし

2. 上記1. 以外で、今までにかかったか、あるいは現在治療中の病気やけがはありますか。

はい: いいえ

「はい」の方・・・病名、発症時期、治療・検査内容等を具体的に記入してください。

※1カ月以上通院した病気、けが、もしくは1カ月以上継続して内服治療をされた方は必ずご記入ください。

病名(部位など具体的に)	いつから(いつまで)	治療・検査内容	現在の状況
虫垂炎	小学2年生位	手術	完治



3. 現在使用している薬 (内服薬・塗布薬・点鼻薬・点眼薬など) がありますか。----- (はい): いいえ

「はい」の方・・・薬品名 ( Vロート ) (医師処方・市販薬・個人輸入)
使用の理由 ( 疲れ目 ) (いつ頃から ( 3年前位 )
今後の使用予定・・・ ( 継続 ) ・ 終了 ( ) 頃まで) ・ 不明

- ※ 原則内服治療終了が確認できなければコーディネートを進めることができません。
※ 子宮内膜症や避妊のためピル内服中の方もご記入ください。ただし、採取1カ月前から服薬できません。
※ 処方薬の場合、内服治療を終了できるかを、かかりつけの医師にご相談ください。

4. 今までにご自身が受けた健康診断や献血で、何か異常の指摘を受けたことはありますか。
また「要検査・要観察」となっている項目がありますか。----- (はい): いいえ

(□要検査・要観察)

「はい」の方・・・指摘された病名、再検査・精密検査の有無、現在の状況を具体的に記入してください。

Table with 4 columns: 項目 (具体的に), いつ, 治療・検査の内容, 現在の状況 (結果). Row 1: 肝機能検査, 昨年, 検査結果: 数値等覚えていないのが高い, そのまま何もしてない

- ※ 心電図検査結果で異常のあった方は、その項目、診断名をご記入ください。
※ 観察が必要だったり精密検査が必要な項目がある場合は、コーディネート中に悪化する可能性もあるため、再検査などで問題ないことが確認されるまでコーディネートを進めることができません。

5. 今までに薬または食べ物などによるアレルギーはありましたか。----- (はい): いいえ

「はい」の方・・・いつ頃 ( 小学生の頃 )
どのような薬、食べ物でしたか。 ( 卵 )

どのような症状でしたか。該当する症状に○を記入してください。

( 皮疹 ) ・ 頭痛 ・ ( 嘔吐 ) ・ 発熱 ・ 血圧低下 ・ ( 呼吸困難 ) ・ 意識障害
その他の症状 ( )

6. 今までに腰痛や首の痛みはありましたか。----- (はい) 腰痛・首の痛み : いいえ

「はい」の方・・・症状 ( 毎年1回位、疲れると腰痛が出る )

※経過や現在(過去)の状況についてなど具体的な発症頻度も含めて記入してください。

□ 現在、症状なし いつ頃 ( ) 年 ( ) 月頃～ ( ) 年 ( ) 月頃
 現在、症状あり いつから ( )

通院: あり (  通院歴あり □ 現在、通院中)

通院先:  整形外科 □ その他の診療科 : ( )

診断名 ( ぎっくり腰 ) ・ なし ・ 不明

時期 ( 2018 年 1 月頃～ 2018 年 3 月頃)

治療(手術)内容 ( 湿布、マッサージ )

検査内容 ( レントゲン ) ・ MRI ・ CT その他: ( )

整骨院・接骨院

□ なし

- ※ 現在、腰痛や首の痛みがある方は骨髄もしくは末梢血幹細胞採取の後、痛みが強まる場合があります。そのため手術歴がある方はコーディネートを進めることができません。また5年以内に症状があったり治療を受けた方はコーディネートを進められない場合があります。



7. 過去3カ月以内にマラリアの予防薬を内服したことがありますか。----- はい: いいえ  
「はい」の方・・・いつ頃 ( 年 月頃)

8. 海外渡航(滞在・居住含む)された経験はありますか。----- はい: いいえ

※「はい」の方・・・以下、a. ~ g. の質問にお答えください。

a. 1980年以降、ヨーロッパ諸国に通算5年以上滞在しましたか。----- はい: いいえ  
「はい」の方・・・国名 ( )  
時期 ( ) 期間 ( )

b. 1980年以降、スイスに通算6カ月以上滞在しましたか。----- はい: いいえ

c. 1980年~2004年に、以下の1カ国または複数の国に通算6カ月以上滞在しましたか。  
アイルランド・イギリス・イタリア・オランダ・スペイン ----- はい: いいえ  
ドイツ・フランス・ベルギー・ポルトガル・サウジアラビア

d. 1980年~1996年に、イギリスに通算1カ月以上滞在しましたか。----- はい: いいえ

e. 過去1年以内にアジア・オセアニア・アフリカに旅行または滞在しましたか。----- はい: いいえ

f. 過去3年以内にアジア・オセアニア・アフリカに1年以上滞在したことがありますか。----- はい: いいえ

g. 過去に中南米に通算4週間以上滞在したことがありますか。----- はい: いいえ

e. ~g. で「はい」の方は下の表に記入してください。(記入欄が足りない場合は裏面にご記入ください)

国	都市名	ア-都市部 イ-整備されたリゾート地 ウ-農村部や森林地帯	渡航時期	期 間
台湾	台北	<u>ア</u> ・イ・ウ	2020年12月	3日間
		ア・イ・ウ		

9. 今後、海外渡航(滞在・居住含む)される予定はありますか。----- はい: いいえ  
「はい」の方は記入してください。 国: 米国 都市名: ハワイ / ホノルル  
渡航予定: 2022年 1月 1日 期間: 5日間

10. 今までに次の薬を使用したことはありますか。  
① 男性ホルモン ----- はい: いいえ  
② ヒト由来プラセンタ(胎盤)エキス注射薬(ラエンネック・メルスモン等) ----- はい: いいえ

11. B型肝炎のワクチン接種を受けたことがありますか。----- はい: いいえ  
「はい」の方・・・いつ頃 ( 2007年頃 )

12. 今までに次のいずれかに該当することがありますか。----- はい: いいえ  
①クロイツフェルト・ヤコブ病(CJD) およ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投与を受けたことがある  
④角膜移植を受けたことがある  
⑤硬膜移植を伴う外科手術を受けたことがある

返信用紙V【問診票】 1 - A

13. 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: いいえ  
 「はい」の方・・・輸血 いつ頃 ( ) 理由 ( )  
臓器 部位 ( )

14. この1年間に次のいずれかに該当することがあります。 ----- はい: いいえ  
 ① 不特定の異性と性的接触を持った  
 ② (男性の方のみ) 男性同士で性的接触を持った  
 ③ 麻薬、覚せい剤を注射した  
 ④ 上記の該当者やエイズ (HIV) 検査陽性の方と性的接触を持った

15. この1年間に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。 ----- はい: いいえ  
 「はい」の方・・・然るべき検査で感染症は否定されていますか。 ----- はい: いいえ

16. エイズ (HIV) 検査で陽性と言われたことがありますか。 ----- はい: いいえ

17. タトゥー・ピアスについてお伺いします。  
 ① 過去にタトゥー (いれずみ・アートメイク含む) をした。 ----- はい: いいえ  
 「はい」の方・・・ (2002年 8月頃) 部位は ( まゆ )  
 ② ピアスをしたことがある。 ----- はい: いいえ  
 「はい」の方は下の表に記入してください。

部 位	耳	鼻	唇	舌	へそ	その他 ( )
あけた時期	2002年 8月	年 月	2003年 5月	年 月	年 月	年 月
現在つけている	<u>はい</u> ・いいえ	はい・いいえ	はい・ <u>いいえ</u>	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
はずした時期	年 月	年 月	2006年 8月	年 月	年 月	年 月

⇒ 医療機関あるいはディスポ (使い捨て) の器具を使ってあけた。 ----- はい: いいえ

18. 女性の方: 妊娠、出産についてお伺いします。  
 ① 過去に妊娠したことはありますか。 ----- はい: いいえ  
 ② 妊娠中ですか ----- はい: いいえ  
 「はい」の方・・・ (予定日 年 月)  
 ③ この1年間に出産をしましたか。 ----- はい: いいえ  
 「はい」の方・・・ ( 年 月)  
 ④ 現在、授乳中ですか ----- はい: いいえ  
 ⑤ この6カ月間に流産 (中絶を含む) をしましたか。 ----- はい: いいえ  
 「はい」の方・・・ ( 年 月)

19. 今までにドナー候補者のお知らせを受けたことがありますか。 ----- はい: いいえ  
 「はい」の方・・・いつ頃 ( 2015年 4月)

20. 今までに骨髄バンクを介した移植以外で骨髄提供や末梢血幹細胞提供をしたことがありますか。 ----- はい: いいえ  
 「はい」の方  
 骨髄提供・・・提供回数 : ( ) 回、いつ頃 ( 年 月)、誰に (血縁者・それ以外)  
 末梢血幹細胞提供・・・提供回数 : ( ) 回、いつ頃 ( 年 月)、誰に (血縁者・それ以外)

※ 末梢血幹細胞提供に至らなくても、G-CSF (顆粒球コロニー刺激因子: 薬名 グラン/ノイトロジンなど) の投与を受けたことがある場合は、提供回数に含みます。

8XXXXXXXX-02-4



以下、問診21～23は該当する方のみご回答ください。

21. 新型コロナウイルス感染症について、お伺いします。

(1) 1年以内に新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 病原体検査 (PCR検査等) を受けて陽性になったことがある。

- ① 検査日はいつですか？ ( 年 月 日)
- ② 症状がありましたか (ありますか) ? ----- はい: いいえ  
「はい」の方・・・いつ頃 ( 年 月 日～ 年 月 日)
- ③ 回復 (治癒) していますか? ----- はい: いいえ  
「はい」の方・・・回復 (治癒) した日はいつですか？ ( 年 月 日)

(2) 2週間以内に新型コロナウイルス感染者と濃厚接触※がある。

濃厚接触日はいつですか？ ( 年 月 日)

※ 濃厚接触とは、次の範囲に該当するものです

- ・患者と同居あるいは長時間の接触 (車内、航空機内等を含む) があったもの
- ・適切な感染防護無しに患者を診察、看護若しくは介護していたもの
- ・患者の気道分泌液もしくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高いもの
- ・手で触れることができる距離 (目安として1メートル) で、必要な感染予防策なしで、患者と15分以上の接触があったもの

22. 新型コロナワクチン接種について、お伺いします。

- 接種済み 1回目 (接種日: 2021 年 7 月 17 日 ・ワクチンの種類: ファイザー )  
2回目 (接種日: 2021 年 8 月 14 日 ・ワクチンの種類: // )  
3回目 (接種日: 年 月 日 ・ワクチンの種類: )
- 予定がある いつ頃 ( 年 月 日 ・ワクチンの種類: )

23. 東日本大震災 (平成23年3月11日) で東京電力 福島第一原子力発電所で発生した事故に伴い、これまでに作業等をされていた方は以下①～③を記載してください。

- ① 場所  福島第一原子力発電所 (敷地内)  
 警戒区域 (福島第一原子力発電所から20km圏内)  
 計画的避難区域  
 緊急時準備区域

② 被ばく線量: \_\_\_\_\_ ミリシーベルト (1ミリシーベルト=1000マイクロシーベルト)

※ 線量計で測定した被ばく線量をご記入ください。不明の場合は「不明」とご記入ください。

③ 測定期間: \_\_\_\_\_ 年 月 日～ \_\_\_\_\_ 年 月 日