

【献血場所、日程のインターネット検索方法】

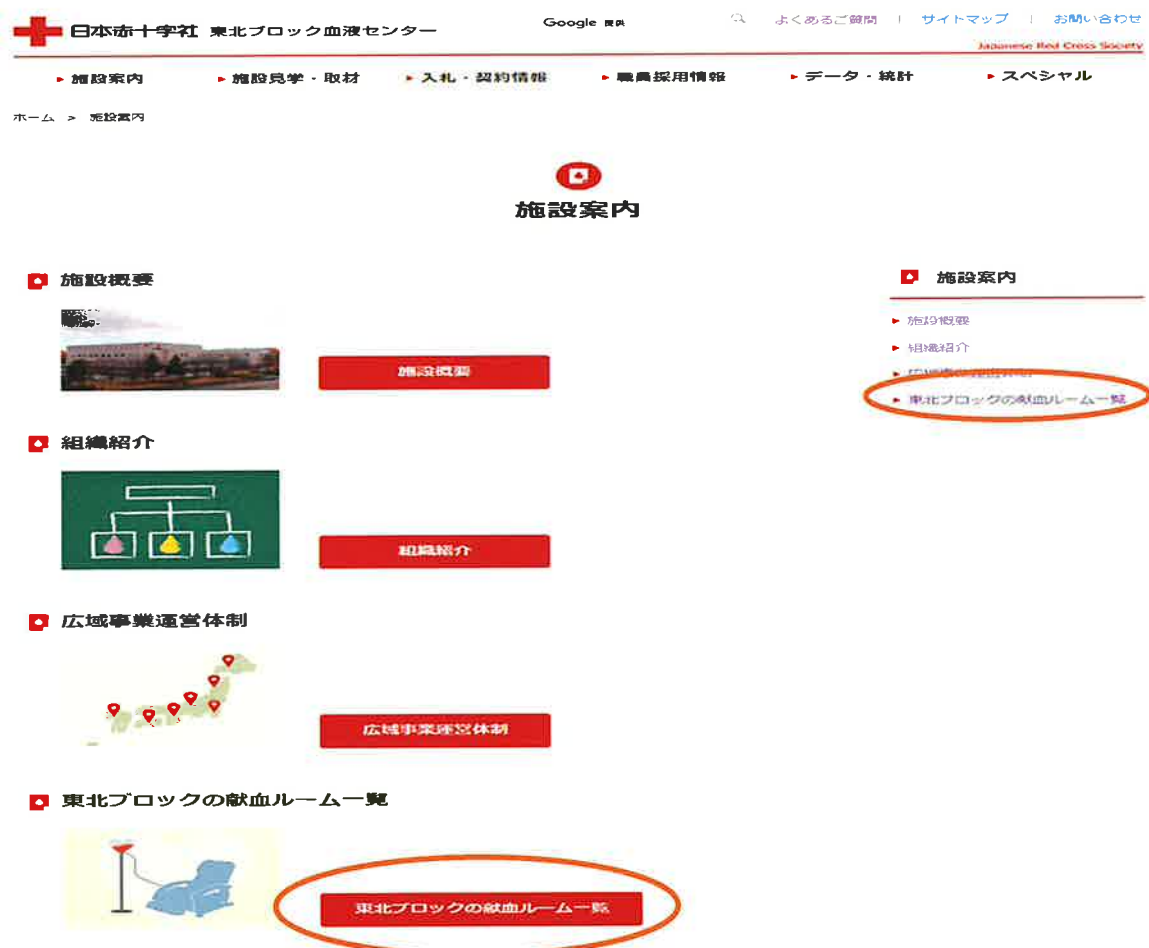
I 検索エンジンで「東北赤十字社」を入力、検索をクリック



II 「施設案内」をクリック



III 「東北ブロックの献血ルーム一覧」をクリック



IV 該当する「献血ルーム」をクリック



東北ブロックの献血ルーム一覧

献血バス等の献血会場のほか、以下の固定施設で献血にご協力いただけます。
各施設で受付時間・開所日などが異なりますので、以下のページをご参考ください。

施設案内

- ▶ 施設概要
- ▶ 組織紹介
- ▶ 広域事業運営体制
- ▶ 東北ブロックの献血ルーム一覧

青森県

- ▶ **青森献血ルーム** [📍](#)
青森市長島1-3-1 日本赤十字社青森県支部4階
- ▶ 弘前献血ルームCoCoSA [📍](#)
弘前市大字駅前町8-1 大町タウンビル2階

岩手県

- ▶ もりおか献血ルームメルシー [📍](#)
盛岡市大通2-3-7 CT33ビル4階

宮城県

- ▶ 社の都献血ルームAOBA [📍](#)
仙台市青葉区一番町4丁目9-18 TICビル6階
- ▶ 献血ルームアエル20 [📍](#)
仙台市青葉区中央1丁目3-1 アエル20階

秋田県

- ▶ アトリオン献血ルーム [📍](#)
秋田市中通二丁目3-8 アトリオン1階
- ▶ 献血パーク るうぶ [📍](#)
秋田市川尻町字大川反233-186

山形県

- ▶ 山形駅前出張所 献血ルームSAKURAMBO [📍](#)
山形市香澄町2-2-36 山形センタービル5階

福島県

- ▶ 福島県赤十字血液センター [📍](#)
福島市永井川字北原田17
- ▶ いわき出張所 [📍](#)
いわき市中央台飯野5丁目1-1
- ▶ 郡山駅前献血ルーム [📍](#)
郡山市駅前1丁目6-10 ダイワロイネットホテル郡山駅前3階

Ⅲ 献血ルームの紹介ページ。さらに「献血する」、次に「献血バス運行スケジュール」をクリックで最新の運行情報を確認



青森献血ルーム



- 場所**
〒030-0861
青森県青森市長巻1-3-1
日本赤十字社青森県支部 4階
[MAP]
- 電話**
017-722-7003 フリーダイヤル0120-649-489
- 受付時間**
【成分献血】
9:15～11:50 / 13:45～16:20
【400・200mL】
9:15～12:30 / 13:45～17:00
- 定休日**
12月31日・1月1日

献血する

献血ルーム紹介



献血ルーム紹介

最寄りの献血ルームを探す



最寄りの献血ルームを探す

献血バス運行スケジュール



献血バス運行スケジュール

献血する

- ▶ 献血ルーム紹介
- ▶ 青森献血ルーム
- ▶ 弘前献血ルームCoCoSA
- ▶ 最寄りの献血ルームを探す
- ▶ 献血バス運行スケジュール
- ▶ 献血Web会員サービス「ラブラッド」
- ▶ 初めての方
- ▶ 会員の方



献血バス運行スケジュール

献血バスの運行予定

皆さまのあたたかいご協力を深く感謝申し上げます。
献血バスの運行予定を掲載しています。
絞り込み検索をしてお探しの場合は、市区町村、予定日を選択してください。

市区町村 ▼
 予定日 ▼ 検索

1月 1日(金)

市区町村	献血会場	受付時間
お問合せ先	献血バスの日程については 青森県赤十字血液センター（献血推進課）まで [MAP]	平日 08:30～17:00

6月14日(火)

市区町村	献血会場	受付時間
八戸市	八戸市総合保健センター 八戸市田向3丁目6-1 [MAP]	09:30～11:30
八戸市	総合リハビリ美保野病院 八戸市大字大久保字大山3-1-2 [MAP]	13:15～14:30
弘前市	㈱フジモーターズ 弘前市境関1-1-7 [MAP]	10:00～11:00
弘前市	弘前特別養護老人ホームしのめ園 弘前市大湊町1-1-1 [MAP]	15:00～16:30

献血する

- ▶ [献血ルーム紹介](#)
- ▶ [青森献血ルーム](#)
- ▶ [弘前献血ルームCoCoSA](#)
- ▶ [最寄りの献血ルームを探す](#)
- ▶ [献血バス運行スケジュール](#)
- ▶ [献血Web会員サービス「ラブラッド」](#)
- ▶ [初めての方](#)
- ▶ [会員の方](#)

献血をご遠慮いただく場合

以下の事項に該当する方には、原則として献血をご遠慮いただいています。詳しくはそれぞれの項目をご覧ください。

なお、下記項目に該当しない場合でも、最終的な献血可否の判定は、疾患や手術などの治療状況、服薬の内容なども併せて、当日の採血現場の医師が総合的に判定しておりますので、あらかじめご了承ください。

当日の体調不良、服薬中、発熱等の方

※当日の体調、服薬等に関する内容

出血を伴う歯科治療(歯石除去を含む)を受けた方

一定期間内に予防接種を受けた方

6カ月以内にピアスの穴をあけた方

6カ月以内にいれずみを入れた方

外傷のある方

動物または人に咬まれた方

特定の病気にかかったことのある方

※心臓病・悪性腫瘍・けいれん性疾患・血液疾患

・ぜんそく・脳卒中・梅毒等に関する内容

海外旅行者および海外で生活したことがある方

※日本では流行していない感染症などに関連した内容。旅行された時期や地域によってもご遠慮いただく場合がありますので、ご確認ください。

輸血歴・臓器移植歴のある方

エイズ、肝炎などのウイルス保有者、またはそれと疑われる方

クロイツフェルト・ヤコブ病(CJD)の方、またはそれと疑われる方

妊娠中、授乳中等の方

※妊娠、出産に関する内容

新型コロナウイルスの検査を受けた、診断された等の方

※新型コロナウイルスに関する内容

※印については、ご遠慮等いただく場合の詳細内容の

リンクがありますのでご確認ください。

問診票

別紙 3

以下の質問は、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うかがうものです。質問の内容を理解し、正しくお答えいただくようお願いいたします。
事実と異なる回答をされますと、ご自身の健康や、輸血を受けられる患者さんの健康に深刻な状況をもたらす場合があります。
なにとぞ「責任ある献血」にご理解いただき、ご協力をお願いします。なお、エイズウイルス(HIV)の検査結果は通知していません。
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ます。

質問事項	質問事項	質問事項
1 今日体調は良好ですか。	はい・いいえ	はい・いいえ
2 3日以内に出血を伴う歯科治療(抜歯、歯石除去等)を受けましたか。	はい・いいえ	はい・いいえ
3 3日以内に薬を飲んだり、注射を受けましたか。	はい・いいえ	はい・いいえ
4 次の育毛薬/前立腺肥大症治療薬を使用したことがありますか。プロペシア・プロスカ一等(1カ月以内)、アボタート・アボルブ毒(6カ月以内)	はい・いいえ	はい・いいえ
5 次の薬を使用したことがありますか。 乾せん治療薬(ガゾン)、ヒト由来プラセクタ注射薬(ラエンネック・メルスモン)	はい・いいえ	はい・いいえ
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・いいえ	はい・いいえ
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・いいえ	はい・いいえ
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、帯状ぼうしん、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(伝染性紅斑)	はい・いいえ	はい・いいえ
9 1カ月以内に肝炎やリンゴ病(伝染性紅斑)になった人が家族や職場、学校等にいますか。	はい・いいえ	はい・いいえ
10 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。 ①ピアス、またははれみ(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(キヤリア)と性的接触等親密な接触があった。	はい・いいえ	はい・いいえ
11 1年以内に次の病気等にかかったか、あるいは現在治療中ですか。 外傷、手術、肝臓病、腎臓病、糖尿病、結核、性感症、ぜんそく、アレルギー一疾患、その他()	はい・いいえ	はい・いいえ
12 今までに次の病気にかかったか、あるい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・いいえ	はい・いいえ
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、バベシア症、シャーガス病、リーシュマニア症、アフリカトリパノソーマ症	はい・いいえ	はい・いいえ
14 海外から帰国(入国)して4週間以内ですか。	はい・いいえ	はい・いいえ
15 1年以内に外国(ヨーロッパ・米国・カナダ以外)に滞在しましたか。(国名)	はい・いいえ	はい・いいえ
16 4年以内に外国(ヨーロッパ・米国・カナダ以外)に1年以上滞在しましたか。(国名)	はい・いいえ	はい・いいえ
17 英国に1980(昭和55)年～1996(平成8)年の間に通算1カ月以上滞在しましたか。	はい・いいえ	はい・いいえ
18 ヨーロッパ(英国も含む)・サウジアラビアに1980年以降通算6カ月以上滞在しましたか。(国名)	はい・いいえ	はい・いいえ
19 エイズ感染が不安で、エイズ検査を受けるための献血ですか。	はい・いいえ	はい・いいえ
20 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。 ①不特定の異性または新たな異性ととの性的接触があった。 ②男性どうしの性的接触があった。 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)。 ⑤上記①～④に該当する人と性的接触をもった。	はい・いいえ	はい・いいえ
21 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・いいえ	はい・いいえ
22 今までに次のいずれかに該当することがありますか。 ①クローンツェルト・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ヒト由来成長ホルモン注射を受けた。 ④角膜移植を受けた。 ⑤煙膜移植を伴う脳神経外科手術を受けた。	はい・いいえ	はい・いいえ
23 現在妊娠中または授乳中ですか。(男性の方は「いいえ」と回答してください)この6カ月以内に出産、流産をしましたか。	はい・いいえ	はい・いいえ

私は以上の質問を理解し、正しく答えました。

「献血の同意説明書」の以下の内容について理解し、献血に同意しますか。

1. 献血に伴う副作用について
2. 個人情報の取り扱いについて
3. 血液の検査等について
4. 血液の有効利用について

はい・いいえの該当する方を○で囲んでください。

署名

