

盛岡市献血推進協議会  
からお知らせ

回覧

# 献血 ご協力をお願い

年間を通じ医療機関からの血液の要請があるため、  
血液を安定して患者様へお届けする必要があります。  
皆さまの献血へのご協力よろしくお願ひいたします。



献 血 日

令和7年 **1月26日(日)**

献 血 会 場

**イオンモール盛岡南(本宮)**

受 付 時 間

**10:00~12:00/13:30~16:30**

輸血を受ける患者様のために、**400mL献血**のご協力をお願いしております。  
10~20代の方、Rh(-)やまれ血の方に限り200mL献血もお願い  
しています。

### <全血献血の採血基準>

		全血献血	
		200mL	400mL
年齢	男性	16~69歳	17~69歳
	女性	16~69歳	18~69歳
体重	男性	45kg以上	50kg以上
	女性	40kg以上	



**3日以内**に出血が伴う  
歯科治療を受けた方は  
献血をご遠慮いただい  
ております。

降圧剤や痛風・高尿酸血症治療  
薬、高脂血症薬、アレルギー薬  
は、ほとんどのお薬が当日の服  
用でも献血できます。

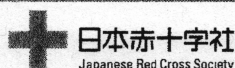
服薬がある場合、**現物またはお  
薬手帳持参**などで薬剤名をお知  
らせ下さい。

風邪薬・鎮痛剤について、献血  
当日に服用された場合はご辞退  
いただいております。



※1: 65歳以上の方の献血については、献血者の健康を  
考慮し、60~64歳の間に献血経験がある方に限り  
ます。

※2: 献血の前に、血色素量を測定し基準をクリアした  
方に献血をお願いしています。



具体的な問い合わせ先☎

岩手県赤十字血液センター 盛岡市三本柳6-1-6 TEL: 019-637-7201(献血推進課)