

헌혈단체 채혈 전 확인사항 (1차 : 단체 관계자용)

※ 아래의 모든 항목에 대하여 빠짐없이 기재해 주시기 바랍니다.

단체 구분	<input type="checkbox"/> 고교 <input type="checkbox"/> 대학 <input type="checkbox"/> 군부대 <input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 종교	단체명	
단체 주소			

문진 관련 주요 확인사항		확인 내용	
		유	무
1. A형간염 환자발생 여부			<ul style="list-style-type: none"> •환자발생 수(명) : •최초 발생일 : •최종 발생일 :
2. 국내·외 말라리아 관련 정보	2-1. (고교) 수학여행, 수련회 등 여부		<ul style="list-style-type: none"> •사유 : •지역 : •기간 : •발생 수(명) :
	2-2. (대학일반종교) 연수, 출장, 선교, 수련회 등 여부		
	2-3. (군부대) 훈련, 파병, 환자 발생, 예방약 복용 등 여부		
3. 최근 1개월 이내 단체 외국여행 여부			<ul style="list-style-type: none"> •여행 사유 : •여행 국가 : •여행 기간 : •여행 수(명) :
4. 최근 1개월 이내 예방접종 또는 약복용 여부			<ul style="list-style-type: none"> •접종 또는 복용 수(명) : •접종 또는 약물명 : •최초 접종 또는 복용일 : •최종 접종 또는 복용일 :
5. 최근 1개월 이내 기타 감염병 (홍역, 유행성이하선염, 결핵, 수두 등) 환자발생 여부			<ul style="list-style-type: none"> •환자발생 수(명) : •최초 발생일 : •최종 발생일 :
6. 최근 1개월 이내 건강검진 여부			<ul style="list-style-type: none"> •검진자 수(명) : •검진일 :

단체 관계자	부서		연락처	
확인	확인일	년 월 일	성명	_____ (서명 또는 인)

헌혈단체 채혈 전 확인사항 (2차 : 헌혈개발팀 담당자용)

헌혈 예정일	년 월 일	헌혈예정 인원 :		명	헌혈 장소	<input type="checkbox"/> 차량 <input type="checkbox"/> 실내
--------	-------------	-----------	--	---	-------	---

점검 결과	점검일시	년 월 일 (:)				
	점검방법	<input type="checkbox"/> 팩스 <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 기타()			단체관계자 성명	
	변동 여부	변동사항 발생시 세부 사유				
		<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음				

담당자	부서장	원장	결재일자
			/ /
협조: 제조관리부장			

* 경남혈액원 fax)270-6099