

[별지 제4호서식] <개정 2019. 9. 27.>

후천성면역결핍증 검사대장(최초검사기관보관용)

기관명:

일련 번호	검진일자 (채혈일)	인 적 사 항					검사완료(의뢰)			확인검사			비고
		검진목적 ^①	성명	검사물번호 ^②	주소	전화번호	일자	결과	회보일	의뢰일	회보일	결과	

작성요령: ① 검진목적에 정기검진대상자인 경우는 “1”, 수시검진대상자인 경우 “2”로 구분하며, 수시검진대상자 중 배우자 및 성접촉자(사실혼 포함) “2-1”로, 외국인인 경우 “2-2”로, 기타는 “2-3”으로, 자발적인 검진인 경우 “3”으로 기록합니다.
② 검사물번호는 “연도-지역번호-보건소(병원)월별-검체번호”순으로 기록합니다.
(예: 2008년, 서울, 중구보건소 1월, 검체번호 1인 경우 08-01-중구01-01)

353mm × 250mm[인쇄용지(2급) 60g/m²]