

헌혈자등록카드

본인의 혈액형								혈액형	ABO		Rh				
헌혈자 인적 사항	성명			주민등록번호								성별	체중	신장	
									-				남·여	kg	cm
	직업	1	2	3	4	5	6	7	8	9	근무처	☎() -			
		고교생	대학생	군인	회사원	공무원	자영업	종교인	가사	기타					
주소	[][][]- [][][] ☎() -														
헌혈경험		[]유(회)				최 근		년 월 일							
		[]무				헌혈일		[]전혈헌혈 []성분헌혈							

※ 헌혈자의 인적사항과 문진(問診)내용은 헌혈업무 외의 다른 목적에 사용 또는 공개되지 아니합니다.

※ 뒤쪽의 문진사항을 작성하여 주십시오.

문진사항 검토			[]이상 있음 []이상 없음								비고			
헌혈자 건강 진단	혈압	/ mmHg								혈액 비중	[]1.052(Hb:12.0g/dL이상)			
	체온	[]정상 []이상									[]1.053(Hb:12.5g/dL이상)			
	맥박	[]정상 []이상												
결과 판정	헌혈 가능	부 적 격 사 유	01	02	03	04	06	07	08	09	10	11		
	헌혈 보류		저 비 중	고 혈 압	저 혈 압	치 료 중	기간 미달	연령 미달	저 체 중	수면 부족	피 로 등	정신 행동 장애		
	헌혈 불가		12	13	14	15	16	17	18	19	20	05		
			피부 질환	신경계 질환	근골 격계 질환	혈액 순환기 질환	비뇨 생식계 질환	결핵	호흡기 질환	간염	위장기 질환	기타		
기타건강상태														
헌혈종류	전혈	400ml				320ml			성분 헌혈	[]혈장 []혈소판				
	헌혈	T/B	D/B	T/B	D/B	S/B	[]기타							
헌혈자의 건강진단을 위와 같이 확인합니다.														
년 월 일 검진자 계급 군번 성명 (서명) 채혈자 계급 군번 성명 (서명) 국군○○병원 혈액원														

문진사항

(뒤쪽)

※ 다음은 헌혈자와 수혈자의 건강을 보호하기 위하여 반드시 필요한 문진사항들입니다. 잘 읽으시고 []에, []아니오 중 해당항목에 V표 하고 서명하여 주시기 바랍니다.

1	오늘 몸의 상태가 좋습니까?	[]에 []아니오
2	최근 2월 내에 헌혈한 적이 있습니까?	[]에 []아니오
3	과거에 헌혈 부적격 판정을 받은 적이 있습니까?	[]에 []아니오
4	과거 헌혈 후 받아 본 검사결과에서 검사이상(양성)으로 나온 적이 있습니까?	[]에 []아니오
5	최근 3일 내에 주사를 맞았거나 약물을 복용하거나 또는 현재 치료 목적으로 복용중인 약물이 있습니까?	[]에 []아니오
6	최근 3일 내에 발치(拔牙)등을 위하여 치과진료를 받은 적이 있습니까?	[]에 []아니오
7	최근 1월 내에 예방접종을 받은 적이 있습니까?	[]에 []아니오
8	최근 1월 내에 홍역·풍진 및 기타 열성(熱性)질환을 앓은적이 있습니까?	[]에 []아니오
9	현재 수유(授乳) 또는 임신 중이거나 최근 6월 내에 출산이나 유산(流産)을 한 적이 있습니까?	[]에 []아니오
10	최근 1년 내에 아래와 같은 경험을 한 적이 있습니까? ·수혈 ·장기이식 ·입원 ·수술 ·경련 ·의식소실 ·문신	[]에 []아니오
11	아래의 질환을 앓은 적이 있거나 현재 치료중인 질환이 있습니까? ·피부병 ·당뇨병 ·결핵 및 천식 등 폐질환 ·신장질환·암 ·간질환 ·고혈압 및 심혈관질환 ·혈액 및 출혈성 질환 ·임질 및 매독 ·뇌질환	[]에 []아니오
12	황달이나 간염을 앓았거나 간염검사 시 B형간염 항원 양성으로 나온 적이 있습니까?	[]에 []아니오
13	최근 1년 내에 주사침에 찔리거나 간염환자 또는 보균자와 성적 접촉 등 친밀한 접촉을 한 적이 있습니까?	[]에 []아니오
14	아래에 해당되는 사항이 있습니까? 1. 최근 3년 내에 말라리아(학질)에 걸린 적이 있다. 2. 최근 3년 내에 국내·외 말라리아 유행지역에 거주·근무한 적이 있다. 3. 최근 1년 내에 국외·외 말라리아 유행지역으로 여행을 한 적이 있다.	[]에 []아니오
15	최근 1년 내에 아래에 해당하는 사항이 있습니까? 1. 약물(마약·각성제·스테로이드 등)을 주사하였다. 2. 불특정 이성(異姓)과 성적 접촉을 가졌다. 3. 후천성면역결핍증(AIDS)검사에서 양성으로 판정받은 경우가 있다. 4. 한번이라도 동성(同性)과의 성적 접촉이 있었다. 5. 해외체류나 여행 시 외국인과의 성적 접촉이 있었다. 6. 위 1.~5.에 해당하는 사람과 한 번이라도 성적 접촉이 있었다.	[]에 []아니오
16	다음과 같은 증상 중 해당사항이 있습니까? ·최근 이유 없이 체중감소, 발열(發熱), 지속적인 설사 및 수면 중 땀을 많이 흘림 ·목·겨드랑이·사타구니의 멍우리나 혹, 피부나 구강 내의 궤양이나 얼룩반점	[]에 []아니오

본인은 헌혈을 위하여 위 문진내용에 성실히 답변하였음을 확인하고, 헌혈과정과 헌혈혈액으로의 검사에 동의하며, 검사결과에 이상이 있을 경우에는 본인의 혈액이 사용되지 아니할 수도 있다는 것을 이해하고, 고귀한 뜻에 동참하여 헌혈하고자 합니다.

년 월 일 헌혈자: (서명 또는 인)

※ 후천성면역결핍증(AIDS) 검사를 목적으로 헌혈하실 경우 상담원에게 말씀하여 주십시오.
※ 헌혈하신 혈액이 사용되지 아니하기를 원하는 경우에는 6시간 이내에 혈액원으로 연락하여 주십시오.