

헌혈단체 채혈 전 확인사항 (1차 : 단체 관계자용)

※ 아래의 모든 항목에 대하여 빠짐없이 기재해 주시기 바랍니다.

단체 구분	☐ 고교 ☐ 대학 ☐ 군부대 ☐ 일반 ☐ 종교	단체명	
단체 주소			

문진 관련 주요 확인사항		확인 내용	
		유	무
1. A형간염 환자발생 여부			·환자발생 수(명) : ·최초 발생일 : ·최종 발생일 :
2. 국내·외 말라리아 관련 정보	2-1. (고교) 수학여행, 수련회 등 여부		·사유 : ·지역 : ·기간 :
	2-2. (대학·일반·종교) 연수, 출장, 선교, 수련회 등 여부		·발생 수(명) :
	2-3. (군부대) 훈련, 파병, 환자 발생, 예방약 복용 등 여부		
3. 최근 1개월 이내 단체 외국여행 여부			·여행 사유 : ·여행 국가 : ·여행 기간 : ·여행 수(명) :
4. 최근 1개월 이내 예방접종 또는 약복용 여부			·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			·환자발생 수(명) : ·최초 발생일 : ·최종 발생일 :
6. 최근 1개월 이내 건강검진 여부			·검진자 수(명) : ·검진일 :

단체 관계자 확인	부서		연락처	
	확인일	2020년 월 일	성명	_____ (서명 또는 인)

헌혈단체 채혈 전 확인사항 (2차 : 헌혈개발팀 담당자용)

헌혈 예정일	2020년 월 일	헌혈예정 인원 :	명	헌혈 장소	☐ 차량 ☐ 실내
--------	-----------------	-----------	---	-------	---

점검 결과	점검일시	2020년 월 일 (:)	
	점검방법	☐ 팩스 ☐ 전화 ☐ 기타()	단체관계자 성명
	변동 여부 ☐ 있음 ☐ 없음	변동사항 발생시 세부 사유	

담당자	부서장	원장
	전결	
/ /	/ /	/ /
협조: 제조관리부장		