

捐血登記表

醫療財團法人台灣血液基金會

依衛生福利部 107 年 12 月 27 日衛部醫字第 1070036032 號書函辦理

捐血日期： 年 月 日

請填寫下列資料，字跡請勿潦草。		
在本會 <input type="checkbox"/> 首次捐血 中心編號：	<input type="checkbox"/> 曾經捐血	血型
		性別
身分證統一編號(外籍人士填居留證或護照號碼)		身高 公分
姓名		體重 公斤
生日： 年 月 日	是 <input type="checkbox"/> ，否 <input type="checkbox"/> 曾經懷孕 (本欄位限女性填寫)	
通訊地址 <input type="text"/> - <input type="text"/>		
戶籍地址 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 同上		
電子信箱		
檢驗報告方式擇一勾選： <input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> 郵寄 <input type="checkbox"/> 不要寄發		
電話 (日)		(夜)
(手機)		
職 業 <input type="checkbox"/> 1. 軍 <input type="checkbox"/> 2. 公教 <input type="checkbox"/> 3. 學生 <input type="checkbox"/> 4. 工 <input type="checkbox"/> 5. 商 <input type="checkbox"/> 6. 農漁 <input type="checkbox"/> 7. 專技 <input type="checkbox"/> 8. 家管 <input type="checkbox"/> 9. 服務業 <input type="checkbox"/> 10. 其他		

本粗框線內資料由工作人員填寫		
團體代碼 (單位班別)		
捐血方式	全血： <input type="checkbox"/> 1. 500cc <input type="checkbox"/> 2. 250cc	分離術： <input type="checkbox"/> 3. 血小板 1U <input type="checkbox"/> A. 血小板 2U <input type="checkbox"/> 7. 血小板(減白)1U <input type="checkbox"/> 8. 血小板(減白)2U <input type="checkbox"/> 其他 _____
電腦查詢者	血袋： <input type="checkbox"/> 單袋 <input type="checkbox"/> 雙聯 <input type="checkbox"/> 參聯	
		已建 HLA 檔 <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N 留置試管 <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
體溫 °C	血袋條碼黏貼處	
血壓 mmHg	/	
脈搏 次/分	複測 <input type="checkbox"/> 規則 <input type="checkbox"/> 不規則	
血紅素 g/dl	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	
判定結果	<input type="checkbox"/> 可捐血 <input type="checkbox"/> 不宜	
判定者：	不適捐血原因： <input type="checkbox"/> 1. 血紅素不足 <input type="checkbox"/> 7. 體重不足 <input type="checkbox"/> 2. 赴疫區 <input type="checkbox"/> 8. 過分緊張 <input type="checkbox"/> 3. 血壓過低或高 <input type="checkbox"/> 9. 血管細 <input type="checkbox"/> 4. 體溫偏高 <input type="checkbox"/> 10. 其他 _____ <input type="checkbox"/> 5. 睡眠不足 <input type="checkbox"/> 6. 捐血間隔未滿	
採血者：	採血時間： _____ 時 _____ 分	其他採血註記： 採血量：_____ 克 其他：_____

【健康問卷】

為保護捐血者及受血者的健康，請您務必詳閱後據實勾選，以免觸犯法律，並於閱後簽名，所填資料均依法嚴加保密。

為確保血液安全，請詳閱下列現在與過去生活健康問題，並在符合項目之 處打「√」。

一、本人現在健康狀況：	
1. 是 <input type="checkbox"/> ，否 <input type="checkbox"/>	1. 自覺身體狀況良好？
2. 是 <input type="checkbox"/> ，否 <input type="checkbox"/>	2. 感冒、發燒或服藥治療中？
3. 是 <input type="checkbox"/> ，否 <input type="checkbox"/>	3. 捐血前睡眠不足或 8 小時內曾喝酒？
4. 是 <input type="checkbox"/> ，否 <input type="checkbox"/>	4. 懷孕 _____ 個月或產後(含流產)未滿 6 個月？ 生產(流產)日期：_____ (女性填寫)
5. 是 <input type="checkbox"/> ，否 <input type="checkbox"/>	5. 7 日內曾發生急性感染、傳染病或過敏？
6. 是 <input type="checkbox"/> ，否 <input type="checkbox"/>	6. 7 日內曾發生持續性腹瀉？
7. 是 <input type="checkbox"/> ，否 <input type="checkbox"/>	7. 3 個月內曾接受牙科治療？ 內容：_____ 日期：_____
8. 是 <input type="checkbox"/> ，否 <input type="checkbox"/>	8. 6 個月內有不明原因體重驟減 10%？
二、過去 1 年內有否以下情形：	
9. 是 <input type="checkbox"/> ，否 <input type="checkbox"/>	9. 曾注射、口服藥物？藥物名稱：_____ 停藥日期：_____
10. 是 <input type="checkbox"/> ，否 <input type="checkbox"/>	10. 曾罹患登革熱？罹患日期：_____ 痊癒日期：_____
11. 是 <input type="checkbox"/> ，否 <input type="checkbox"/>	11. 曾接種疫苗？疫苗名稱：_____ 注射日期：_____
12. 是 <input type="checkbox"/> ，否 <input type="checkbox"/>	12. 曾出國至 _____ (列出所有國名)。(離境/回國日期：_____)
13. 是 <input type="checkbox"/> ，否 <input type="checkbox"/>	13. 曾是矯正機關收容人？(遷出日期：_____)
14. 是 <input type="checkbox"/> ，否 <input type="checkbox"/>	14. 曾刺青(包含紋身、紋/繡眉、紋唇)？日期：_____
15. 是 <input type="checkbox"/> ，否 <input type="checkbox"/>	15. 曾接受輸血或外科手術？手術類別：_____ 日期：_____
16. 是 <input type="checkbox"/> ，否 <input type="checkbox"/>	16. 曾注射胎盤素、玻尿酸或免疫球蛋白？注射種類：_____ 注射日期：_____

三、其他生活健康問題：

17. 是，否 17. 曾被告知不要捐血？原因：_____
18. 是，否 18. 曾接受(或捐贈)器官、組織或骨髓移植？名稱：_____日期：_____
19. 是，否 19. 曾發生出血不止、癲癇或昏迷現象？
20. 是，否 20. 曾被診斷為蠶豆症(葡萄糖六磷酸脫氫酶 G6PD 缺乏症)？
21. 是，否 21. B 型肝炎帶原者、C 型肝炎感染者、1 年內罹患肝炎、或您在 6 個月內曾與病毒性肝炎病患有血液體液或性接觸？
22. 是，否 22. 曾罹患心臟病、腎臟病、肺臟病、高血壓、糖尿病、消化道潰瘍出血、氣喘、瘧疾或其他經醫師認為永久不得捐血者(如惡性腫瘤、白血病、...)？名稱：_____日期：_____
23. 是，否 23. 曾罹患庫賈氏病者(CJD)，曾注射人類腦下垂體生長荷爾蒙者、人類腦下垂體親生殖腺素者、牛胰島素等生物製劑者，曾接受硬腦膜移植或家族二等親中有庫賈氏病患者？
24. 是，否 24. 於民國 69 年至 85 年(1980-1996)間曾經在英國旅遊或居留時間合計超過 3 個月，或民國 69 年(1980)以後曾於歐洲旅遊或居留時間合計超過 5 年，或民國 69 年(1980)以後曾於英國或法國接受輸血。日期：_____
25. 是，否 25. 曾於國外居住 1 年以上？國家：_____。居住日期：_____

四、愛滋病毒感染初期具高傳染性，但目前檢驗方式可能檢驗不出來(簡稱空窗期)，故如有下列任何一項者，請勿捐血。

26. 是，否 26. 曾有男男間性行為？發生日期：_____ (女性本題不答，請跳答第 27 條)
27. 是，否 27. 曾注射藥物成癮、吸食或注射管制藥品(如安非他命、大麻、搖頭丸等)或慢性酒精中毒？日期：_____
28. 是，否 28. 曾從事性工作？日期：_____
29. 是，否 29. 懷疑自己或自己的性伴侶感染愛滋病毒或 2 年內曾與可能感染愛滋病毒者發生性行為？
30. 是，否 30. 為愛滋病患者或為愛滋病毒檢驗結果呈陽性反應？
31. 是，否 31. 1 年內曾有危險性行為(如與陌生人發生性行為、性交易、一夜情或有超過 1 位以上的性伴侶等)？最近一次日期：_____
32. 是，否 32. 1 年內曾罹患性病(如梅毒、淋病、披衣菌、生殖器皰疹、軟性下疳、尖型濕疣等)？罹患日期：_____ 治療完成日期：_____
33. 是，否 33. 長期使用血液製劑(如白蛋白、球蛋白、凝血因子)？

本人對於以上內容已詳細閱讀，確知若有隱瞞上列任一情事，致所捐血液使受血者感染愛滋病毒，本人願負民事損害賠償責任及相關刑事責任。

註：依據「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」第 21 條規定，明知自己為感染者，而供血給他人使用，致傳染於人者，處 5 年以上 12 年以下有期徒刑，未遂犯罰之。

同意事項

- 一、本人(捐血者)對捐血之目的、條件、過程、可能的風險及捐血注意事項等，已完全瞭解；所提出之問題，並經面談人員詳細說明。捐血前的「健康問卷」也已據實勾選，本人同意自願無償捐血，所捐出之血液提供醫療、捐血、輸血安全相關之研究或製造血液製劑之用，並同意捐血資料於台灣血液基金會及所屬捐血機構均可流通處理利用。
- 二、本人捐出之血液，如不適合輸給病人之血品， 同意 不同意提供國內外作資源再利用(包括供作生產血液製劑及檢驗試劑之原料)。
- 三、本人已充分瞭解個資蒐集聲明書內容，並 同意 不同意 使用個人資料進行捐血邀約宣導；
同意 不同意 使用個人資料進行捐血表揚。

本人(捐血者)確認，對以上內容已完全瞭解並勾選正確無誤。

捐血者簽名(全名)：_____

面談人確定，已向捐血者解釋以上內容，並答覆其相關之問題。
面談結果：合適捐血 不合適捐血

面談人員簽章：_____