

ใบสมัครผู้บริจาคโลหิต

หน้า 1

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

☐ ผู้บริจาคโลหิตครั้งแรก

☐ ผู้บริจาคโลหิตประจำ

วันที่(ว/ด/ป).....

เฉพาะผู้บริจาคโลหิตประจำ ครั้งที่แล้วท่านได้บริจาค :

☐ โลหิตทั่วไป ☐ โลหิตเฉพาะส่วนกรุณาระบุ : ☐ เม็ดโลหิตแดง ☐ เกล็ดโลหิต ☐ พลาสมา

การบริจาคครั้งที่ผ่านมา : ☐ ไม่มีปัญหา

☐ มีปัญหา : ☐ เป็นลม ☐ เขียวช้ำ ☐ หายใจลำบาก ☐ ได้รับแจ้งให้งดบริจาคชั่วคราวเนื่องจาก..... ☐ อื่นๆ.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน - - - -

เลขประจำตัวผู้บริจาคโลหิต.....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ..... น้ำหนัก.....กิโลกรัม

ช่วงอายุบริจาคได้ 17-70 ปี ☐ ถ้าอายุ 17 ปี ต้องมีหนังสือยินยอมจากผู้ปกครอง ☐ ถ้าอายุ $\geq 60-70$ ปี ต้องมีหนังสือรับรองจากแพทย์

สถานที่ที่ติดต่อได้ ☐ ที่อยู่เดิม ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ระบุ.....

รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์..... โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

e-mail address.....

อาชีพ : ☐ นักเรียน, นักศึกษา ☐ ข้าราชการ, ทหาร, ตำรวจ, พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ พนักงานบริษัท, รับจ้าง
☐ พระภิกษุ, สามเณร ☐ อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....

(นาย, นาง, นางสาว)(กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ชื่อ-นามสกุลเดิม (ถ้ามี) (โปรดพลิกเพื่อตอบคำถามหน้า 2 ด้วย)

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล

หมู่โลหิต

เลขประจำตัวผู้บริจาคโลหิต..... บริจาคครั้งที่.....

กรณีผู้บริจาคโลหิตประจำไม่มีบัตรประจำตัวผู้บริจาคโลหิต

บริจาคโลหิตครั้งแรกเมื่อ (วัน/เดือน/ปี)..... สถานที่บริจาค.....

บริจาคโลหิตครั้งสุดท้ายเมื่อ (วัน/เดือน/ปี)..... สถานที่บริจาค.....

Unit Number

ความดันโลหิต.....มม.ปรอท

ชีพจร ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ

หัวใจ/ปอด ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ

ความเข้มข้นโลหิต ☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน

Hb.....g/dL ☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน

☐ Deferred due to.....

☐ กินยาที่มีผลต่อเกล็ดโลหิต

☐ Under volume

☐ High volume

☐ Discarded

หมายเหตุ.....

เจ้าหน้าที่ทะเบียน..... เจ้าหน้าที่เตรียมถุง..... เจ้าหน้าที่ผู้จะเก็บ.....

เจ้าหน้าที่เก็บตัวอย่างโลหิต..... เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ.....