

血液検査受付票

検査日：令和 6年 月 日

受付番号 () 予約番号 ()

- 1 性別 男 女 その他
(生理中 はい・いいえ 妊娠中 はい・いいえ・不明)
- 2 年齢 (歳)
- 3 国籍 日本 外国(国籍)
- 4 住所 松戸市 流山市 我孫子市 その他千葉県内 その他千葉県外 ()
- 5 検査成績書の発行をご希望される方は下記をご記入ください。→ 希望なし(記入不要です)
・顔写真付きの身分証明書 氏名、住所が身分証明書と一致している

種類：運転免許証・パスポート・マイナンバーカード・住基カード・在留カード
その他 ()

- 6 アルコール消毒でかぶれたことはありますか。 ある ・ ない
- 7 血液をさらさらにする薬を飲んでいる。または普段から血が止まりにくい。
はい ・ いいえ
- 8 手術や輸血を受けたことはありますか。「ある」場合、時期と内容を教えてください。
・手術の経験 ある・ない(時期： 内容：)
・輸血の有無 ある・ない(時期：)
・血液製剤使用の有無 ある・ない(時期：)

9 あなたが心配していることすべての番号に○をおつけください。

1 同性間性行為による感染	6 母子感染
2 異性間性行為による感染	7 医療機関での感染
3 性風俗利用による感染	8 薬物使用や注射器共有による感染
4 輸血・血液製剤による感染	9 心配していることはない
5 新しいパートナーができた。結婚前検査。	10 その他 ()

10 感染が心配な機会から3カ月以上経過していますか。 はい(時期： 年 月) いいえ

11 あなたは今までに以下の性感染症の検査・治療をしたことがありますか。

病名	検査経験	検査時期	結果	治療歴	治療時期
エイズ	あり・なし	年 月	陰性・陽性・不明	あり・なし	年 月
梅毒	あり・なし	年 月	陰性・陽性・不明	あり・なし	年 月
クラミジア	あり・なし	年 月	陰性・陽性・不明	あり・なし	年 月
淋菌	あり・なし	年 月	陰性・陽性・不明	あり・なし	年 月
B型肝炎(HBV)	あり・なし	年 月	陰性・陽性・不明	あり・なし	年 月
C型肝炎(HCV)	あり・なし	年 月	陰性・陽性・不明	あり・なし	年 月
その他の性感染症 病名 ()	あり・なし	年 月	陰性・陽性・不明	あり・なし	年 月

12 **クラミジア・淋菌検査希望者**：最後に排尿した時間をお書きください。

(午前・午後 時 分)

※クラミジア・淋菌の検査結果は陽性の方のみ2週間後の指定日時に電話連絡します。

13 本日、相談したいことはありますか。 ある ・ ない

14 連絡先をご記入ください。

◎本人の携帯電話番号 (- -)

問診 担当者	
採血 担当者	

【保健師等記入欄】

【結果返却】

- 即日結果 【担当者： 】

- 来所 令和 年 月 日 【担当者： 】

- 電話 令和 年 月 日 【担当者： 】
□本人に結果を説明 □受診勧奨 □留守電（折り返し依頼）
□電話をするが応答なし □控えを準備して折り返し電話指示

(特記事項)

年月日	相談内容等