

血液検査受付票

検査日：令和 年 月 日

受付番号（ ） 予約番号（ ）

- 1 性別 男 女（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。

- ・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	

（裏面もあります）

