

# 血液検査受付票

検査日：令和 年 月 日

受付番号（※当日の受付時に配布される番号です。） 予約番号（予約時にお伝えする4ケタの番号）

- 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： ）

検査をしたことがある方は  
検査を受けた時期と検査結果を、  
治療歴がある方は治療した時期を  
記入してください。

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 同性間性行为による感染	6 母子感染
<input checked="" type="checkbox"/> 2 異性間性行为による感染	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：2022年12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・ <input checked="" type="checkbox"/> なし	年 月	陰性・陽性・不明	あり・ <input checked="" type="checkbox"/> なし	年 月
梅毒	<input checked="" type="checkbox"/> あり・なし	2022年1月	陰性・ <input checked="" type="checkbox"/> 陽性・不明	<input checked="" type="checkbox"/> あり・なし	2022年2月
クラミジア	あり・ <input checked="" type="checkbox"/> なし	年 月	陰性・陽性・不明	あり・ <input checked="" type="checkbox"/> なし	年 月
淋菌	あり・ <input checked="" type="checkbox"/> なし	年 月	陰性・陽性・不明	あり・ <input checked="" type="checkbox"/> なし	年 月
B型肝炎 (HBV)	あり・ <input checked="" type="checkbox"/> なし	年 月	陰性・陽性・不明	あり・ <input checked="" type="checkbox"/> なし	年 月
C型肝炎 (HCV)	あり・ <input checked="" type="checkbox"/> なし	年 月	陰性・陽性・不明	あり・ <input checked="" type="checkbox"/> なし	年 月
その他の性感染症 病名（ ）	あり・ <input checked="" type="checkbox"/> なし	年 月	陰性・陽性・不明	あり・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 11時50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

問診 担当者	
採血 担当者	

14 連絡先をご記入ください。

◎本人の携帯電話番号（ 090 - 0000 - 0000 ）

