

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 ☐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	

