

(様式1-1)

検査申込書

水戸・土浦保健所以外用
(H I V、クラミジア、梅毒用)

令和 年 月 日

つくば保健所長 殿

この検査は、感染を心配することがあってから3ヶ月を経過してから受けて下さい。感染後すぐの検査では、判定できない場合があります。

◎太線の枠内を記入してください。

※予約時間	性別	男 性	年齢	歳	国籍	
		女 性				

希望する検査（検査を希望する場合H I V抗体検査は必須です。）

1 H I V

2 クラミジア →→→※女性の方（1 生理中ではない 2 生理中である）

3 梅毒

相談を希望されますか。（ 希望する ・ 希望しない ）

採血する際、気分が悪くなったことがありますか。
（ ない ・ ある （1度だけ、ときどき、いつも）

☆保健所記入欄

受付	令和 年 月 日	検体番号	つくば	結果通知	令和 年 月 日 13:30～14:00
----	----------	------	-----	------	-------------------------

(様式2)

検査結果受付カード

(H I V ・ クラミジア ・ 梅毒)

受付	令和 年 月 日	検体番号	つくば	結果通知	令和 年 月 日 13:30～14:00
----	----------	------	-----	------	-------------------------

つくば保 健 所 長 殿
H I V抗体検査、クラミジア、梅毒の検査結果をお知らせ願います。

※予約時間	年齢	歳
-------	----	---

注意事項

- 1 この用紙は、結果を聞くときに必要になり、再発行できません。大切に保管ください。
- 2 結果は、上記結果通知日に直接、ご本人に口頭でお話しします。
この用紙を持参のうえ、必ず来所してください。電話による結果のお問い合わせには応じられませんので、ご了承ください。
- 3 成績証明書の申請は検査時までです。

(様式1)

検 査 申 込 書

(肝炎ウイルス検査用)

令和 年 月 日

つくば保健所長 殿

◎ 太線の枠内を記入してください。

※予約時間		国籍		
希望する検査 B型肝炎ウイルス検査・C型肝炎ウイルス検査	年齢	歳	性別	男 性 女 性

◎ 以下については、さしつかえなければご記入ください。

心配なこと	1 輸 血 (年 月頃 日本 ・ 海外()) 2 注射針, 注射器の共用 (年 月頃) ※どちらかに○をつけてください。 静脈注射 ・ 予防接種 (皮下注射) 3 針刺し事故 (年 月頃) 4 入れ墨やボディピアス 5 B型肝炎ウイルス感染者との性的接触 (年 月頃) 6 母子感染 7 その他 ※最も近い時期を記入してください。		
備 考	ご家族にB型肝炎ウイルスに感染している人はいますか? いる ・ いない ご家族にC型肝炎ウイルスに感染している人はいますか? いる ・ いない		

☆保健所記入欄

受付	令和 年 月 日	検体番号	つくば	結果通知	令和 年 月 日 13:30~14:00
----	----------	------	-----	------	-------------------------

(様式2)

肝炎ウイルス検査受付カード

受付	令和 年 月 日	検体番号	つくば	結果通知	令和 年 月 日 13:30~14:00								
<table><tr><td>予約時間</td><td></td><td>年齢</td><td>歳</td></tr><tr><td>検査項目</td><td colspan="3">B型肝炎ウイルス検査 ・ C型肝炎ウイルス検査</td></tr></table>						予約時間		年齢	歳	検査項目	B型肝炎ウイルス検査 ・ C型肝炎ウイルス検査		
予約時間		年齢	歳										
検査項目	B型肝炎ウイルス検査 ・ C型肝炎ウイルス検査												

注意事項

- この用紙は、結果を聞くときに必要になり、再発行できませんので、大切に保管ください。
- 結果は、上記結果通知日に直接、ご本人に口頭でお話しします。
この用紙を持参のうえ、必ず来所してください。電話によるお問い合わせには応じられませんので
ご了承ください。
- 成績証明書の申請は検査時までです。

茨城県つくば保健所 保健指導課 電話 029-860-6002

HIV 検査質問票

検査前説明までの待ち時間に下記の質問にお答え下さい。

この質問票を参考にしながら、これからの検査の説明やご相談をさせていただきます。

答えにくい質問は空欄でも結構です。

また、今後も個人が特定されるような使い方をされることはありません。

1. 前にも HIV 検査(エイズ検査)を受けたことはありますか？

ない ・ ある (およそ_____回くらい)



前に検査を受けた場所はどこですか？ (複数回答可)

- | | |
|--------------|-----------------|
| ① この保健所 | ② 他の保健所などの無料検査 |
| ③ イベント等の検査 | ④ クリニックでの有料即日検査 |
| ⑤ 妊婦検診 | ⑥ 病院の検査 |
| ⑦ その他(_____) | |

2. 今回検査を受けようと思った理由を教えてください。(複数回答可)

- ① 感染が心配だから
→ (性的接触 ・ 薬物使用 ・ 針刺し ・ 輸血 ・ その他_____)
- ② 念のため
- ③ 気になる症状があるから
→ (症状は? _____)
- ④ その他 (_____)

3. 性感染が心配の場合、その内容について教えてください。(複数回答可)

- ①場 所 _____ 国内 ・ 海外 (どこの国ですか? _____)
- ②時 期(必ず記入下さい)
- ・ 2ヶ月以内 (およそ_____週間くらい前)
 - ・ 2ヶ月～3ヶ月くらい前
 - ・ 3ヶ月～1年くらい前
 - ・ 1年以上前
- ③相手について <性別> _____ 男性 ・ 女性 ・ 両方
<国籍> _____ 日本 ・ 外国

4. これまでに性感染症にかかったことはありますか？

ない ・ ある (疾患名: _____)