

(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+電話番号	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 10:00~10:30
----	----------	------	-----	------	-------------------------

(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 10:00~10:30			
<p>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。</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>※予約時間</td> <td>年齢</td> <td>歳</td> </tr> </table>						※予約時間	年齢	歳
※予約時間	年齢	歳						

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。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。
- 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+電話番号			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 10:00~10:30
----	----------	------	-----	------	-------------------------

(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 10:00~10:30
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)を受けたことがありますか？

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: )