

検体番号【 】 担当【 】

検査日 (月 日)

年齢【 】 性別【男 ・ 女】 M F
()回目 定期 (回/年) 新宿区受検有
理由 (Reason)

症状 (Symptoms) なし

既往歴 (Medical History) なし

ポスト 有 ・ 無 (理由:)

プレ面接使用言語 日本語・英語・スペイン・ポルトガル・タイ

ポスト使用言語 第一言語: _____ 第二言語: _____

HIV 陽性告知の際の外部通訳の確認 了解済

結果日 (月 日) 担当【 】

HIV (+ -) クラミジアPCR (+ - 検査なし)

梅毒 RPR (+ - 検査なし) 梅毒 TP (+ - 検査なし)

B型肝炎 HBs 抗原 (+ - 検査なし)