

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 )