

フリガナ

名前: 生年月日: 大・昭・平 年 月 日 歳
住所: 〒 - (沖縄県) 電話: - -
性別(男性・女性・その他()) 国籍(日本・海外())

HIV 血液検査前問診票

以下の質問にお答え下さい。診察で問診票を参考に、検査の説明や相談をさせていただきます。
この情報から、個人が特定されることはありませんのでご安心下さい。
また、HIV・エイズに関してわからないことがあれば、診察の際ご相談ください。

以下の質問をお読みいただき、該当するところに○をつけてください。

1. 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)感染が心配なため

感染の機会(性的接触・薬物使用・針刺し・輸血・その他())

時期(年 月ごろ) 場所(県内・県外())・海外())

性的接触の相手(初めて・いつも同じ・不特定)

相手の性別(男性・女性・両性) コンドームの使用(使用した・使用しなかった)

(2)気になる症状がある。症状() 症状の現れた時期(年 月ごろ)

(3)新しいパートナーができたため

(4)結婚前の確認のため

(5)パートナーが感染している可能性があるため

(6)その他 ()

2. エイズ・HIV 検査に関する次の文章の中で、正しいと思うものには○を、間違っていると思うものには×をつけて下さい。

() HIV に感染していても感染後3ヶ月程度は正しい検査結果が得られない可能性がある。

() 即日検査で結果が確定できない場合は確認検査が必要となる。

() 確認検査陽性(HIV 感染)でも早めに治療を受けることでエイズの発症を抑えられる。

() 性感染症に感染しているとHIV に感染しやすい。

() コンドームは正しく使用しなければHIV 感染を予防できない。

<注意事項>

- ・ 結果の告知は診察室で行います。結果判定後に声をかけます。
- ・ 検査結果の受け取りを希望する場合は、有料で証明書をお渡しします。
- ・ 何か質問がある場合は、診察の時にお伝え下さい。

クリニックおもろまち