

お答えになれる範囲のみのご記入で結構です

匿名ご希望の場合は仮名でもよろしいのでご記入願います		フリガナ	性別： <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> トランスジェンダー <input type="checkbox"/> その他
氏名：	住所：		
〒	昭和・平成・西暦	生年月日：	年 月 日生
	電話：		
	電子メール：		
本日ご希望の検査がありましたら✓を付けて下さい： (価格は税抜です)			
<input type="checkbox"/> HIV抗原・抗体迅速検査 (結果20分・¥4000) <input type="checkbox"/> HIV抗原・抗体院外検査 (結果1～2日・¥4000)		HIV感染機会からの期間*： <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上 <input type="checkbox"/> その他・特になし <small>*1ヶ月以内の場合は抗原・抗体検査をお勧めいたします</small>	
<input type="checkbox"/> 梅毒迅速検査 (TP抗体、結果30分・¥2000)			
下記の検査結果は3～5日でお伝え出来ます			
<input type="checkbox"/> クラミジア検査 (PCR法 [尿*]・¥4000)		<input type="checkbox"/> B型肝炎検査 (HBs抗原検査・¥1000)	
<input type="checkbox"/> 淋菌検査 (PCR法 [尿*]・¥4000)		<input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 (¥2400)	
<input type="checkbox"/> 梅毒検査 (RPR・¥1000)		<input type="checkbox"/> マイコプラズマ・ウレアプラズマ検査 (PCR法 [尿]・¥9500)	
<small>*クラミジア、淋菌のPCR検査は尿、うがい液、分泌物 (尿道・膣等) にて検査が可能です。</small>			
<input type="checkbox"/> 性感染症検査セット① (HIV*、梅毒、クラミジア、淋菌 ¥12000)			
<input type="checkbox"/> 性感染症検査セット② (HIV*、梅毒迅速検査、クラミジア、淋菌 ¥13000)			
<input type="checkbox"/> 性感染症検査セット③ (HIV*、梅毒、クラミジア、淋菌、マイコプラズマ・ウレアプラズマ ¥19000)			
<input type="checkbox"/> 性感染症検査セット④ (HIV*、梅毒迅速検査、クラミジア、淋菌、マイコプラズマ・ウレアプラズマ ¥20000)			
<small>*セットのHIV検査は「迅速検査」または「院外検査」いずれかの選択が可能です。</small>			
<input type="checkbox"/> 検査結果証明証 ¥1000 (本名記載のもののみ発行可能です)			

医師・看護師記入欄

RESULTS:	Rapid HIV Antigen <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> POS	Rapid TP Ab <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> POS
	Rapid HIV Antibody <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> POS	Rev 2016-10-30