

感染症患者調査票

(連絡先)

〒070-8525 旭川市7条通10丁目第二庁舎

旭川市保健所 健康推進課 保健予防係

電話:代表 0166-26-1111(内2953)

直通 0166-25-9848

FAX:0166-26-7733

※わかる範囲で御記載お願いいたします。

年齢	歳	性別	男 ・ 女
居住地	市内 ・ 市外 (市町村名:)	職業	
同居家族	なし ・ あり (夫 ・ 妻 ・ 子ども ・ 父 ・ 母)		
既往歴			
経過	※日付, 症状, 治療状況等。		
現在の状況・退院の目途			
備考			
医療機関名 医師名			

※以下は,「梅毒」・「後天性免疫不全症候群」・「ウイルス性肝炎」・「アメーバ赤痢」の場合のみ記載してください。

感染経路 (わかる範囲で)	<ul style="list-style-type: none"> ・パートナー (同性 ・ 異性) ・風俗店の利用(地域:) ・輸血(施行年月日: 病院名:) ・その他()
パートナーの検査の予定の有無	予定あり ・ 予定なし ・ 指導済 ・ 検査済 (検査日: 月 日, 結果: 陽性・陰性)
HIV 検査の予定の有無	<p>※「梅毒」・「アメーバ赤痢」の場合のみ御記載お願いいたします。</p> <p>検査予定なし ・ 検査予定あり ・ 検査済(検査日: 月 日, 結果: 陽性・陰性)</p> <p>※HIV検査の予定がない場合には, 保健所のHIV抗体検査(無料・匿名・完全予約制)を患者御本人に御紹介いただければと思いますのでよろしくお願いいたします。</p> <p>※エイズ専用相談電話 0166-26-8120</p>

FAXによる送付 FAX:0166-26-7733

