

配偶者 感染症検査

		年	月	日
ふりがな				
お名前				
奥様のお名前	(ID番号 :)			
ご住所	〒			
電話番号				
生年月日	西暦	年	月	日
以下の感染症にかかったことがありますか？(ありの場合チェックしてください)				
<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 梅毒				
<input type="checkbox"/> クラミジア				
〔 クラミジア陽性の方→治癒していますか？ はい いいえ ※治癒していないまたは不明の時は泌尿器科受診をお勧めします 〕				