

# 問診票

(記入日:           年       月       日)

※匿名の場合はイニシャルで記入して下さい		ID:
フリガナ		
お名前:		
生年月日:       年       月       日		
検査結果の受け取り方について○をつけてください(   窓口でのお渡し   ・   郵送でのお渡し   )		
※郵送を希望しない場合は記入不要です		
〒		
住所:		
Tel (携帯電話):		
1. 診察を希望する   ・   検査のみを希望する		※診察代 ¥3300 (税込)
2. ご希望の検査にを☑お願いします。 ※当院は簡易検査ではありませんので結果は即日 outcome ません		
<input type="checkbox"/>	STD1. クラミジア(尿検査・PCR法) ※感染の機会から24時間後 検査結果1週間後	¥ 5,500 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD2. クラミジア(喉検査・PCR法) ※感染の機会から24時間後 検査結果1週間後	¥ 5,500 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD3. 淋菌(尿検査・PCR法) ※感染の機会から24時間後 検査結果1週間後	¥ 5,500 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD4. 淋菌(喉検査・PCR法) ※感染の機会から24時間後 検査結果1週間後	¥ 5,500 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD5. クラミジア・淋菌セット(尿検査・PCR法) ※感染の機会から24時間後 検査結果1週間後	¥ 7,700 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD6. クラミジア・淋菌セット(喉検査・PCR法) ※感染の機会から24時間後 検査結果1週間後	¥ 7,700 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD7. カンジタ(尿検査) ※感染の機会から24時間後 検査結果1週間後	¥ 5,500 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD8. マイコプラズマ・ウレアプラズマセット(尿検査・PCR法) ※感染の機会から24時間後 検査結果1週間後	¥ 8,800 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD9. マイコプラズマ・ウレアプラズマセット(喉検査・PCR法) ※感染の機会から24時間後 検査結果1週間後	¥ 8,800 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD10. 梅毒(採血) ※感染の機会から1ヶ月以上2ヶ月以内 検査結果1週間後	¥ 5,500 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD11. ヘルペス(採血) ※感染の機会から1ヶ月以上 検査結果2週間後	¥ 5,500 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD12. 梅毒・HIV・ヘルペスセット(採血) ※感染の機会から1ヶ月以上 検査結果2週間後	¥ 8,800 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD13. マイコプラズマ・ウレアプラズマセット(尿検査・PCR法) クラミジア・淋菌(尿検査・PCR法)・カンジタ(尿検査) ※感染の機会から24時間後 検査結果2週間後	¥ 22,000 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD14. マイコプラズマ・ウレアプラズマセット(尿検査・PCR法) クラミジア・淋菌(尿検査・PCR法)カンジタ(尿検査) 梅毒・HIV・ヘルペスセット(採血) ※感染の機会から1ヶ月以上 検査結果2週間後	¥ 30,800 (税込)