

HIV 検査の必要性についての説明と同意書

HIV（後天性免疫不全症候群ウイルス）は、ヒトのリンパ球に感染して次第に免疫力（感染症に対する抵抗力）を弱めるウイルスです。その結果、健常人では感染しないような弱毒の病原体にも感染し、さまざまな症状を発症します。このウイルス感染に対しては有効な治療薬が存在するため、このウイルスに感染していないかどうかを血液検査で調べることは、現在のあなたのご病状から診療上必要であると考えられます。検査結果の報告は、個人情報保護法を遵守し、ご本人だけにご報告いたします。

今回の検査はスクリーニング検査であり、結果が陽性になっても偽陽性（本当は感染していないのに陽性になること）の場合があります。そのため結果を確定するためには、さらに確認検査を行う必要があります。

ご不明な点は、当院の担当の医師・看護師にご遠慮なくおたずねください。

なお本検査につきましては、プライバシーの問題が生じますので、ご同意のご署名または捺印をお願いいたします。

令和 年 月 日

説明者

上記の説明を受け、HIV 検査を受けることに同意します。

令和 年 月 日

お名前 _____ (捺印)

(自署の場合必ずしも捺印は必要ありません)

代理者 続柄 お名前 _____ (捺印)

(小児の場合)