

風しん抗体検査申込書

各医療機関の長 殿

検査日	令和 年 月 日
ふりがな	
氏名	
生年月日	S・H 年 月 日 (歳)
住所	〒 - 鹿児島県 市・郡
電話番号	
(保護者氏名)	※未成年者の場合に記入
対象要件 該当番号に○	1 妊娠を希望する女性
	2 妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者 妊娠を希望する女性の氏名 () 住所 ()
	3 抗体価が低い (EIA価 8.0未満, HI抗体価 32倍未満) 妊婦の配偶者 などの同居者 妊婦の氏名 () 住所 () 抗体価 ()
	※ただし1~3の方でも、過去に風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体があることが判明し、当該予防接種を受ける必要がないと認められる方は、対象になりません。

※各設問に対する回答について、当てはまる数字に○をつけてください。

設 問	回 答
1, これまでに、風しんの抗体検査を受けたことがありますか。 (1で「はい」と回答した方のみ)	1, はい 2, いいえ 3, わからない
2, 検査の結果は、EIA価8.0以上 またはHI抗体価32倍以上ですか。	1, はい 2, いいえ 3, わからない

※2の設問に対し、「1, はい」と回答した方は対象になりません。

【自署欄】

上記に記載した対象要件等に相違ありません。 _____ (自署)

【医療機関 記入欄】

上記申込者が、対象要件を満たしていることについて、以下の書類等により確認しました。

- 妊娠を希望する女性
【必須】上記に妊娠を希望する女性の自署
- 妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者：
 - 【必須】上記に妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者の自署
 - 住所を確認する書類(いずれか1つに○印)
・ 運転免許証 ・ マイナンバーカード ・ 住民票 ・ その他 ()
- 抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者：
 - 【必須】上記に抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者の自署
 - 【必須】母子健康手帳
 - 住所を確認する書類 (いずれか1つに○印)
・ 運転免許証 ・ マイナンバーカード ・ 住民票 ・ その他 ()

医療機関名： _____

確認者： _____