

風しん抗体検査(医療機関) 申込書

平成 年 月 日

三重県知事 へ

私は、医療機関での風しん抗体検査を申し込みます。

1 申込者

フリガナ		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
氏名			
住所		電話番号	

2 質問事項 あてはまる項目の口に✓印をつけてください。

1	あなたは、どの対象者にあたりますか。	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者 <input type="checkbox"/> 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者
2	これまでに風しん抗体検査を受けたことがありますか。《対象外:はい》	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
3	風しんにかかったことがありますか。《対象外:はい》	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない ※「確定診断」を受けた方のみ「はい」とお答えください。
4	風しんワクチンの予防接種を受けたことがありますか。《対象外:はい》	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
5	医療機関から三重県へ検査結果(個人情報)を報告することに同意しますか。《対象外:いいえ》	<input type="checkbox"/> はい(同意する) <input type="checkbox"/> いいえ(同意しない)

3 申込に必要な物 準備できたら、確認のため口に✓印をつけてください。

保健所での申込にあたって、住所を確認できるもの等の提示が必要です。忘れずにお持ちください。
(提示が必要なものは、下記のとおりで、対象者①②③で異なりますのでご注意ください。)

①	妊娠を希望する女性	<input type="checkbox"/> ご本人の住所を確認できるもの(住民票、運転免許証、国民健康保険証等)
②	妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者	<input type="checkbox"/> ご本人の住所を確認できるもの(住民票、運転免許証、国民健康保険証等) <input type="checkbox"/> 同居者である妊娠を希望する女性の住所を確認できるもの(住民票、運転免許証、国民健康保険証等)
③	風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者	<input type="checkbox"/> ご本人の住所を確認できるもの(住民票、運転免許証、国民健康保険証等) <input type="checkbox"/> 同居者である風しんの抗体価が低い妊婦の住所を確認できるもの(住民票、運転免許証、国民健康保険証等) <input type="checkbox"/> 女性の抗体価を確認できるもの(母子手帳の該当部分)

保健所記入欄 (担当:) ※この欄は、申込者は記入しないでください。

対象者①②③	申込者の住所は、三重県ですか? 《対象外: いいえ(但し対象者②③の「配偶者(夫)」であり、かつ妻の住所が三重県にある場合(例: 単身赴任)は対象》	はい	いいえ	
対象者②③のみ	配偶者または同居者である女性または妊婦とのご関係	配偶者	その他() ※女性との関係を記載(例: 父、母・)	
対象者②③のみ	配偶者または同居者である女性または妊婦の住所は、三重県ですか? 《対象外: いいえ》	はい	いいえ	
対象者③のみ	同居者である妊婦の抗体価 《対象外: HI抗体価32倍以上、EIA価8.0以上》 ※ 検査方法が不明の場合は、HI抗体価の欄へ記入	HI抗体価 (倍)	EIA価 ()	わからない
受診予定医療機関		交付番号		
受診期限	平成 年 月 日			

* 申込書でいただいた個人情報は、本検査事業の目的以外には使用いたしません。