

様式 4 - 1

有効期限 令和 年 月 日

発行日 令和 年 月 日

麻しん抗体検査 受検票兼結果票

受 付 番 号			
受 検 者 住 所			
受 検 者 氏 名		年 齢	
受検者電話番号	(       )       -	性 別	男・女
<p>○受検対象者確認欄</p> <p>※医療機関での検査を希望する者のうち、次の①～⑥の全てに該当する者が対象。</p> <p>※①～⑥は全ての□にレ点を付してください。</p> <p>①□ 県内（名古屋市、豊橋市、岡崎市、一宮市及び豊田市を除く。）に居住している</p> <p>②□ 別表に掲げる国への渡航を予定している者又は別表に掲げる国からの帰国者・訪日外国人と接する機会がある者</p> <p>③□ 過去に麻しんワクチン（麻しん風しん混合（MR）ワクチン・麻しんおたふくかぜ風しん混合（MMR）ワクチンを含む。）の接種歴がない</p> <p>④□ 過去に麻しん既往歴がない</p> <p>⑤□ 過去に麻しん抗体検査歴がない</p> <p>⑥□ 妊婦及び免疫抑制状態にある者ではない</p>			
<p>受検者署名欄</p> <p>① 上記のとおり受検者に該当しますので、麻しん抗体検査を希望します。</p> <p>② 受検票の有効期限について、同意します。</p> <p>③ 抗体検査の結果で抗体価が低いと判定された場合、予防接種を受けることを検討します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>愛知県衣浦東部保健所長殿</p> <p>自 署： _____</p>			
保健所確認欄（住所、氏名）			
<input type="checkbox"/> 運転免許証		<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証	
<input type="checkbox"/> 住民票		<input type="checkbox"/> その他（       ）	
(備考)			