

様式 4-1

有効期限	令和	年	月	日
発行日	令和	年	月	日

風しん抗体検査 受検票兼結果票

受付番号									
受検者住所	本人確認書類と同じ住所で記載								
受検者氏名		年齢							
受検者電話番号	日中つながりやすい連絡先を記載	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であって、次の①～⑤の全てに該当する者が対象。          ※①についてはア又はイのいずれかの□にレ点を、②～⑤は全ての□にレ点を付けてください。</p> <p>すべてに当てはまるかご確認ください。</p> <p>①<input type="checkbox"/>ア 妊娠を予定又は希望している女性（経産婦及び妊婦を除く。）  <input type="checkbox"/>イ アの配偶者（事実婚含む）などの同居者<sup>*1</sup></p> <p>※1 ①イの方は、①アが対象者の場合のみ受検できます。</p> <p>②<input type="checkbox"/> 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>③<input type="checkbox"/> 過去に風しんワクチン（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<input type="checkbox"/> 過去に風しん既往歴がない</p> <p>⑤<input type="checkbox"/> 過去に風しん抗体検査歴がない</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、風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 ←記入日を記載          愛知県 保健所長殿</p> <p style="text-align: right;">自 署： 必ず本人の直筆で記載</p>									
<p>保健所確認欄（住所、氏名） 対象者： <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 同居者</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 運転免許証</td> <td><input type="checkbox"/> 健康保険資格確認書</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 住民票</td> <td><input type="checkbox"/> マイナンバー</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他（ ）</td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険資格確認書	<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> マイナンバー	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険資格確認書								
<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> マイナンバー								
<input type="checkbox"/> その他（ ）									
(備考)		氏名、住所、年齢が確認できる書類のコピーを同封してください。							

