

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			
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□にレ点を付してください。</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（昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性を除く）</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。 ② 受検票の有効期限について、同意します。 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 愛知県衣浦東部保健所長殿</p> <p style="text-align: right;">自 署： _____</p>			

保健所確認欄（住所、氏名、生年月日（男性）） 対象者： 女性 同居者

<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)