

風しん抗体検査申込書

各医療機関の長 殿

検査(申込)日	年 月 日
対象要件 (該当番号に○)	1. 妊娠を希望する女性 上記のとおり妊娠を希望する女性であることに相違ありません。 (自署)
	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. 抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者 妊婦の氏名 () 抗体価 () 住所 ()
	※ 上記に記載した対象要件等に相違ありません。 (自署) (男・女)
ただし、1～3の方でも、過去に検査を受けたことがある方、明らかに風しんの予防接種歴がある方、若しくは検査の確定診断を受けた風しんの既往歴がある方は対象になりません。	
(保護者氏名)	※未成年の場合に記入
生年月日	S・H 年 月 日 (歳)
住 所	〒 鹿児島県 市・郡
電話番号	

※各設問に対する回答について、あてはまる数字に○を付けてください。

設 問	回 答
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. ある 2. ない 3. わからない
これまでに、風しんのワクチン接種を受けたことがありますか？	1. ある 2. ない 3. わからない

【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。

1. 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
2. 妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者：
 - ① [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
 - ② 住所を確認する書類(いずれか1つに○印)
・運転免許証 ・健康保険被保険者証 ・住民票 ・その他()
3. 抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者：
 - ① [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
 - ② [必須]母子健康手帳
 - ③ 住所を確認する書類(いずれか1つに○印)
・運転免許証 ・健康保険被保険者証 ・住民票 ・その他()

医療機関名 _____

確認者 _____

Ⓜ