

風しん抗体検査及び予防接種申請書

年 月 日

上郡町長 あて

申請者住所 赤穂郡上郡町

氏 名

電 話 番 号 （ ） -

下記医療機関において抗体検査及び接種を願いたく申請します。

受ける人	住 所	赤穂郡上郡町
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 （ 歳 か月）
医療機関名		

該当する項目に□にレ印または記入してください。

接種される方は	<input type="checkbox"/> ①妊娠を予定または希望する女性 <input type="checkbox"/> ②妊婦の夫 <input type="checkbox"/> ③妊婦の同居家族（続柄 ）
接種される方が②③の場合は記入してください	妊婦の氏名：
これまでに抗体検査を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
風疹にかかったことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
風疹ワクチンの予防接種を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> わからない
過去に町の風しん予防接種助成事業で予防接種を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
医療機関から上郡町へ検査結果を報告することに同意しますか	<input type="checkbox"/> はい（同意します） <input type="checkbox"/> いいえ（同意しません）

※麻しん風しん混合ワクチン予防接種は、風しん抗体検査を受け、風しんに対する抗体価がHI法で16倍以下の場合に受けることができます。

*個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。

※保健センター記入欄（発行者： ）

交付日・交付番号		本人確認書類
交付日： 年 月 日		<input type="checkbox"/> 運転免許証
交付番号（ ）		<input type="checkbox"/> その他（ ）
予防接種歴	抗体価 ※平成26年4月以降の結果	親子健康手帳 *妊婦の同居家族の場合
<input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	検査日： 結 果：	<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認