

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				
○受検対象者確認欄 ※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。 ↓すべてに当てはまるか御確認ください。 ①☐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。） ☐イ アの配偶者（事実婚含む）などの同居者※1 ※1 ①イの方は、①アが対象者の場合にのみ受検できます。 ②☐ 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 ③☐ 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 ④☐ 過去に風しん既往歴がない ⑤☐ 過去に風しん抗体検査歴がない							
受検者署名欄 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。 令和 年 月 日←記入日を記載 愛知県半田保健所長殿 自 署： 必ず本人の直筆で記載							
保健所確認欄（住所、氏名、生年月日（男性）） 対象者： ☐ 女性 ☐ 同居者 <table border="1"> <tr> <td>☐ 運転免許証</td> <td>☐ 健康保険被保険者証</td> </tr> <tr> <td>☐ 住民票</td> <td>☐ その他（ ）</td> </tr> </table>				☐ 運転免許証	☐ 健康保険被保険者証	☐ 住民票	☐ その他（ ）
☐ 運転免許証	☐ 健康保険被保険者証						
☐ 住民票	☐ 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。					