

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。</p> <p>※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。）<br/> <input type="checkbox"/>イ アの配偶者（事実婚含む）などの同居者</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</p> <p>愛知県衣浦東部保健所長殿</p> <p>自 署：_____</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"/> 健康保険被保険者証</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 住民票</td> <td><input type="checkbox"/> その他（       ）</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                           |                                       |     |     | <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（       ） |
| <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（       ） |     |     |                                |                                    |                              |                                       |
| <p>（備考）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |     |     |                                |                                    |                              |                                       |