

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				
○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。 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 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 愛知県衣浦東部保健所長殿 自 署： _____							
保健所確認欄（住所、氏名） 対象者： ☐ 女性 ☐ 同居者 <table border="1" style="width: 100%;"> <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)							