

風しん抗体検査申込書

鹿児島市長 殿

※この申込書は鹿児島市へ提出・保管されることとなりますので、ご了承ください。

検査(申込)日	平成 年 月 日
住 所	鹿児島県 鹿児島市
	電話番号 (- -)
ふりがな	
氏 名	(男 ・ 女)
生 年 月 日	S・H 年 月 日 (歳)
(保護者氏名)	※未成年者の場合に記入

風しん抗体検査同意書

風しん抗体検査の趣旨を理解したうえで、検査を希望し、下記の対象者であることに相違ありません。(あてはまる数字に○を付けてください。)

1. 妊娠を希望する者
2. 妊娠を希望する者の配偶者などの同居者
3. 抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者

検査希望者署名 _____ (未成年者の場合は保護者が署名)

※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。

質問事項	回答欄		
これまで風しんにかかっ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
これまで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

⇒『1. ある』を回答した方は対象者になりません。

以下の欄は医療機関がご記入ください。

医 師 記入欄	以上の問診の結果、今日の検査は実施(できる・できない)と判断する。 本人に対して、風しん抗体検査について、説明しました。 医師署名又は記名押印 _____		
	検 査 方 法	1. E I A 法	検 査 結 果 (数値)
2. H I 法		確認年月日	