

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	令和 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

<p>風しん抗体検査同意書</p> <p>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。)</p> <p>1. 妊娠を希望する者</p> <p>2. 妊娠を希望する者の配偶者などの同居者 (妊娠を希望する者の氏名： 住所：)</p> <p>3. 抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者 (妊婦の氏名： 住所：)</p> <p>検査希望者署名 _____ (未成年者の場合は保護者が署名)</p>	
---	--

※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		
1	これまでに風しんの抗体検査を受けたことがありますか。	1. はい	2. いいえ	3. わからない
2	(「はい」の場合) 検査の結果、十分な量の風しんの抗体がありましたか。	1. はい	2. いいえ	3. わからない

⇒2つの質問とも『1. はい』と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)	実 施 場 所	
	2. H I 法		確 認 年 月 日	令 和 年 月 日

例

No. 00-1

風しん抗体検査申込書

医療機関で自由にお使いください。

鹿児島市長 殿

本市以外の希望者の場合、
鹿児島市を消してください。

※この申込書は鹿児島市へ提出してください。ご了承ください。

検査(申込)日	令和 5 年 4 月 1 日
住 所	鹿児島県 鹿児島市 山下町11-1
	電話番号 (099-224-1111)
ふりがな	ほけんじょ はなこ
氏 名	保健所 花子 (男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女)
生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> ・H 60 年 7 月 1 日 (37 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
(妊娠を希望する者の氏名: _____ 住所: _____)
- 3. 抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者
(妊婦の氏名: _____ 住所: _____)

検査希望者署名 保健所 花子 (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		
1	これまでに風しんの抗体検査を受けたことがありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい	2. いいえ	3. わからない
2	(「はい」の場合) 検査の結果、十分な量の風しんの抗体がありましたか。	1. はい	<input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ	3. わからない

⇒2つの質問とも『1. はい』と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 (<input checked="" type="checkbox"/> できる・ <input type="checkbox"/> 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、説明した。 医師署名又は記名押印 <u>山下 太郎</u>				
検査方	1. E I A 法	検査結果(数値)	16倍	実施場所	山下クリニック
	<input checked="" type="checkbox"/> 2. H I 法			確認年月日	令和 5 年 4 月 7 日