

申込期限（実施期限）平成 27 年 3 月 31 日まで

風しん抗体検査・風しん予防接種 申込書

私は妊娠を予定または希望するため、「先天性風しん症候群」予防対策として、あきる野市が実施する（風しん抗体検査・先天性風しん症候群対策風しん予防接種）を希望し、対象者であることを市が確認することに同意し、下記のとおり申し込みます。

【確認項目】該当する箇所を○で囲み、必要事項を記入して下さい

①風しんの抗体検査を受けたことはありますか。

ない	・	不明
ある（平成	年	月）
検査法（HI 法・EIA 法）	検査結果（	）

* HI 法 16 倍以下又は、EIA 法 8.0 未満の検査結果をお持ちの方は、検査不要で予防接種が受けられます。
（検査結果の写しを添付してください。）

②風しんの予防接種を受けたことがありますか。

*風しん（麻しん・風しん混合 MR ワクチン、麻しん・風しん・おたふくかぜ混合 MMR ワクチンを含む）の予防接種を 2 回以上受け、書類等で履歴が確認できる方は、抗体検査・予防注射の対象外です。

ない	・	不明
ある	1 回目（	年 月 日）
	2 回目（	年 月 日）

③現在妊娠していますか。

はい	・	いいえ	・	可能性がある
----	---	-----	---	--------

④抗体検査・予防接種希望者

住所	あきる野市
ふりがな 氏 名 (本人自署)	
生年月日・年齢	昭和 平成 年 月 日 (歳)
電話番号	

平成 年 月 日 あきる野市長 白 井 孝 殿

--事務処理欄（記入不要）-----

(接種歴) 有	1 [年 月 日]	・	無	抗体検査・予防接種・対象外
	2 [年 月 日]			
抗体検査受診日	[年 月 日]	(備考)		
予防接種接種日	[年 月 日]			

風しん抗体検査・風しん予防接種 申込書

私は妊娠を予定または希望するため、「先天性風しん症候群」予防対策として、あきる野市が実施する（風しん抗体検査・先天性風しん症候群対策風しん予防接種）を希望し、対象者であることを市が確認することに同意し、下記のとおり申し込みます。

【確認項目】該当する箇所を○で囲み、必要事項を記入して下さい

①風しんの抗体検査を受けたことはありますか。

<input checked="" type="radio"/> ない	・	<input type="radio"/> 不明
ある（平成 年 月）		
検査法（HI 法・EIA 法）検査結果（ ）		

* HI 法 16 倍以下又は、EIA 法 8.0 未満の検査結果をお持ちの方は、検査不要で予防接種が受けられます。
（検査結果の写しを添付してください。）

②風しんの予防接種を受けたことがありますか。

*風しん（麻しん・風しん混合 MR ワクチン、麻しん・風しん・おたふくかぜ混合 MMR ワクチンを含む）の予防接種を 2 回以上受け、書類等で履歴が確認できる方は、抗体検査・予防注射の対象外です。

<input type="radio"/> ない	・	<input checked="" type="radio"/> 不明
ある	1 回目（	年 月 日）
	2 回目（	年 月 日）

③現在妊娠していますか。

<input type="radio"/> はい	・	<input checked="" type="radio"/> いいえ	・	<input type="radio"/> 可能性がある
--------------------------	---	--------------------------------------	---	------------------------------

④抗体検査・予防接種希望者

住所	あきる野市 二宮 350 番地
ふりがな 氏名（本人自署）	あきる野 はなこ あきる野 花子
生年月日・年齢	<input checked="" type="radio"/> 昭和 平成 60 年 7 月 10 日（28 歳）
電話番号	042-558-1191

平成 26 年 5 月 1 日

あきる野市長 臼井 孝 殿

--事務処理欄（記入不要）-----

(接種歴) 有	1 [年 月 日]	・	無	抗体検査・予防接種・対象外
	2 [年 月 日]			
抗体検査受診日	[年 月 日]	(備考)		
予防接種接種日	[年 月 日]			