

日の出町先天性風しん症候群対策風しん抗体検査・予防接種申請書

「先天性風しん症候群」予防対策として風しん抗体検査・麻しん風しん予防接種を希望します。  
なお、予防接種歴、住民基本台帳等、必要な事項を関係機関に調査することに同意します。

※ (1)～(3)の確認項目について全て該当するものに○をし、必要事項を記入してください。

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 | (      年      月 ) | 検査法 ( HI法 ・ EIA法 ) 検査結果 (      ) |



HI法16倍以下・EIA法8.0未満の検査結果のある方は検査不要で予防接種の申請ができます。検査結果の写し(コピー)を添付してください。

②風しんの予防接種を2回以上受けたことがありますか。\*麻しん風しん混合(MR)ワクチンを含む

|    |                                     |   |    |   |    |
|----|-------------------------------------|---|----|---|----|
| ある | (      年      月 ) (      年      月 ) | ・ | ない | ・ | 不明 |
|----|-------------------------------------|---|----|---|----|



「2回以上」受けたことが確認できる方は、抗体検査・予防接種の申請はできません。

③現在妊娠していますか。(女性の方のみ記入してください)

|     |   |           |
|-----|---|-----------|
| いいえ | ・ | 可能性がある(※) |
|-----|---|-----------|

※ 妊娠中はこのワクチンの予防接種ができないため申請できません。  
妊娠の可能性があるときは、検査は可能ですが予防接種については、  
妊娠をしていないことがわかってから受けるようにしてください。

|                                                              |                                                                                                                                    |                            |          |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------|
| [検査・接種を希望する本人]                                               |                                                                                                                                    |                            |          |
| ふりがな                                                         |                                                                                                                                    | 【生年月日】 (      歳 )          |          |
| 氏 名                                                          | (印)                                                                                                                                | 昭和・平成      年      月      日 |          |
| 住 所                                                          | 西多摩郡日の出町                                                                                                                           |                            |          |
| 申込区分                                                         | <input type="checkbox"/> (1) 妊娠を予定または希望している女性 <input type="checkbox"/> (2) 妊婦の同居者 <input type="checkbox"/> (3) 妊娠を予定又は希望している女性の同居者 |                            |          |
| 電話番号                                                         | (      )                                                                                                                           |                            |          |
| [妊婦もしくは、妊娠を予定又は希望している方について] 上記申込区分で(2)または(3)に該当する方は記入をしてください |                                                                                                                                    |                            |          |
| ふりがな                                                         |                                                                                                                                    | 【生年月日】 (      歳 )          |          |
| 氏 名                                                          |                                                                                                                                    | 昭和・平成      年      月      日 |          |
| 住 所                                                          |                                                                                                                                    |                            |          |
| 電話番号                                                         | (      )                                                                                                                           | 検査・接種希望者との続柄               | (      ) |

令和      年      月      日

日の出町長 殿

-----以下は事務処理欄です。(記入不要)-----

事務処理欄

|       |                |             |
|-------|----------------|-------------|
| (発行日) | (担当)           | No.         |
| (接種歴) | 有 (      ) ・ 無 | 抗体検査 ・ 予防接種 |

※申請書は審査をいたしますので、保健センターへ申請してください。