

風しん抗体検査・風しん予防接種 申込書

私は、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・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、以下のとおり申し込みます。

＊すでに風しんワクチン（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、当抗体検査事業及び予防接種事業における助成を受けたことのある方は、抗体検査・予防注射の対象外です。

【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抗体検査・予防接種希望者

住 所	あきる野市
ふりがな 氏 名	
生年月日・年齢	年 月 日（ 歳）
助成区分	(1) 妊娠を予定又は希望する女性
	(2) 妊婦の同居者
	(3) 妊娠を予定又は希望する女性の同居者
上 記 助 成 区 分 (2) (3) の場合 その女性の氏名	
電話番号	
希望するワクチン	麻しん風しん混合 (MR) ・ 風しん (単抗原)

②風しん抗体検査受診歴。

ない	・	不明
ある (年 月)		
検査法 (HI 法・EIA 法) 検査結果 ()		
＊検査結果をお持ちの場合は、写しを添付してください。		

③風しん予防接種歴

ない	・	不明
ある	1 回目 (年 月 日)	
	2 回目 (年 月 日)	

年 月 日

あきる野市長 殿

--事務処理欄（記入不要）-----

接種歴	1 [年 月 日]	風しん・MR・MMR	抗体検査・予防接種・対象外
有・無	2 [年 月 日]	風しん・MR・MMR	
抗体検査受診日	[年 月 日]	結果 HI 法・EIA 法[]	陽性 / 陰性
予防接種接種日	[年 月 日]	風しん・MR	備考