

(あて先)奈良市長

奈良市風しん抗体検査申請書

奈良市風しん抗体検査事業実施要領第9条の規定により次のとおり申請します。

(フリガナ) 接種希望者氏名						
住 所	〒					
電 話						※日中連絡のつく番号を記入
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	歳	
接種対象者区分 (該当するもの)	<input type="radio"/> 1. 妊娠を希望する女性 <input type="radio"/> 2. 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者及び同居家族					
	※接種対象者区分2に該当する方のみ 以下に 『妊娠を希望する女性』又は『妊婦』 について記入ください					
	氏名		生年 月日			
		住所 奈良市				

対象者の確認

奈良市確認欄

1. 妊娠を希望する女性に当たる人は現在妊娠していませんか。	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している	
2. 風しん予防接種を2回以上受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
3. 風しんにかかったことはありませんか (検査で確定診断された場合のみ)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
4. 風しん抗体検査を受けたことはありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
※接種対象者区分2に該当する方のみ 5. 妊婦の抗体価はHI法16倍以下又はEIA法8.0未満に当てはまりますか。(当てはまる場合は、検査結果がわかる書類の写し等を添付してください。)	<input type="checkbox"/> 当てはまる <input type="checkbox"/> 当てはまらない	

※対象であるかどうかについては住民基本台帳及び予防接種歴等の確認をさせていただきます。

本検査内容が医療機関より奈良市に提出され、奈良市の個人情報保護基準により、奈良市の感染症対策に活用されることに同意します。

氏 名

※自署又は押印記名してください

受付印