

(様式 1)

風しん抗体検査申込書

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
氏 名	年 月 日生 (歳)		
住 所	(〒) 市・郡 町		
電話番号	自宅 — —	携帯電話	— —

○対象区分

- ・該当する対象区分に○をお付けください。
- ・なお、過去に風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体がある（HI 法の抗体価 16 倍より大きい等である）ことが判明し、当該予防接種を行う必要がないと認められた方は対象とはなりません。

＜対象区分①＞妊娠を希望する女性とその配偶者※¹などの同居者※²

※1 配偶者：婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある方を含む

※2同居者：生活空間を同一にする頻度が高い方

＜対象区分②＞風しんの抗体価が低い※³ 妊婦※⁴ の配偶者※⁵ などの同居者※⁶

※3 母子手帳のコピーなど、風しんの抗体検査（HI 法など）の結果が分かるものを添付してください。

※4 対象区分②の場合、妊婦の氏名を御記入ください。

※5及び6は、※1配偶者、※2同居者と同じ。

(妊婦の氏名：)

【検査申込者署名欄】

○上記の理由により、風しん抗体検査を希望します。

○この検査による結果が熊本県及び居住地の市町村に報告されること及び本事業が公益社団法人熊本県医師会に委託して実施されることに同意します。

氏名

※受診券の受け取りを郵送で希望される場合は、返信用封筒に 110 円切手を貼付のうえ、申し込んでください。
(郵送申し込みの時に同封可)

受診券番号	
-------	--