

受診券番号

八 ( ) -

(様式1)

## 風しん抗体検査申込書

申込日	平成 年 月 日	受付日	平成 年 月 日
氏名	男・女 T・S・H	年 月 日生 ( 歳)	
住所	(〒 - )	市・郡	町
電話番号	自宅 - -	携帯電話	- -

- ・該当する対象区分に○をお付けください。
- ・なお、過去に風しんの抗体検査を受けたことがある方、明らかに風しんの予防接種歴がある方、若しくは、検査により風しんと診断されたことがある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

※妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者も風しん抗体検査を受けることができます。  
検査を希望される方がいる場合、以下の欄にご記入下さい。

	氏名	続柄		氏名	続柄
1	男・女		2	男・女	
	生年月日 年 月 日			生年月日 年 月 日	
3	男・女		4	男・女	
	生年月日 年 月 日			生年月日 年 月 日	

### <対象区分②>風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者

※妊婦の氏名をご記入下さい。 ( 続柄: )  
※母子手帳のコピーなど、抗体検査の結果が分かるものを添付して下さい。

#### 【受診者署名欄】

- 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並びに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。

自署または記名押印 \_\_\_\_\_