

風しん抗体検査(医療機関) 申込書

年 月 日

三重県知事 あて

私は、医療機関での風しん抗体検査を申し込みます。

1 申込者

フリガナ		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
氏 名			
住 所		電話番号	

2 質問事項 あてはまる項目の□に✓印をつけてください。

1	あなたは、どの対象者にあたりますか。	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者 <input type="checkbox"/> 妊婦の配偶者などの同居者
2	これまでに風しん抗体検査を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
・「はい」とお答えの方 → 3へお進みください ・「いいえ」または「わからない」とお答えの方 → 4へお進みください		
3	十分な量の風しんの抗体があることがわかっていますか。《対象外:はい》	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
4	医療機関から三重県へ検査結果(個人情報)を報告することに同意しますか。《対象外:いいえ》	<input type="checkbox"/> はい(同意する) <input type="checkbox"/> いいえ(同意しない)
5	本事業に同意いただける場合は、ご署名ください。	年 月 日
署名(保護者):		

3 申込に必要な物 準備できたら、確認のため□に✓印をつけてください。

保健所での申込にあたって、住所を確認できるもの等の提示が必要です。忘れずにお持ちください。
(提示が必要なものは、下記のとおりです。)

①	妊娠を希望する女性	<input type="checkbox"/> ご本人の住所を確認できるもの(住民票、運転免許証、国民健康保険証等)
②	妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者	<input type="checkbox"/> ご本人の住所を確認できるもの(住民票、運転免許証、国民健康保険証等) <input type="checkbox"/> 同居者である妊娠を希望する女性の住所を確認できるもの (住民票、運転免許証、国民健康保険証等)
③	妊婦の配偶者などの同居者	<input type="checkbox"/> ご本人の住所を確認できるもの(住民票、運転免許証、国民健康保険証等) <input type="checkbox"/> 同居者である妊婦の住所を確認できるもの (住民票、運転免許証、国民健康保険証等)

保健所記入欄 (担当:) ※この欄は、申込者は記入しないでください。

対象者 ①②③	申込者の住所は、三重県ですか? 《対象外: いいえ(但し対象者②③の「配偶者(夫)」であり、かつ妻の住所が三重県にある場合(例:単身赴任)は対象》	はい	いいえ
対象者 ②③のみ	配偶者または同居者である女性または妊婦とのご関係	配偶者	その他() ※女性との関係を記載(例:父、母・)
対象者 ②③のみ	配偶者または同居者である女性または妊婦の住所は、三重県ですか? 《対象外:いいえ》	はい	いいえ
受診予定 医療機関		交付番号	
受診期限	年 月 日		

* 申込書でいただいた個人情報は、本検査事業の目的以外には使用いたしません。