

風しん抗体検査後予防接種申請書

【対象者】
 ①風しん抗体検査の結果が「HI法で16倍以下」の方
 ②風しん第5期の対象者でさらに下記の《対象者》に該当し、検査結果が「HI法で8倍を超え、さらに16倍以下」に相当する値であった方
 ※①、②ともに風しんの罹患歴のある方を除く。



市記入欄	
風しん抗体検査結果確認欄(✓)	

下記のとおり、風しん予防接種予診票の交付を申請します。
 なお、対象者であることの確認のため、申請内容について、市が保有する個人情報を調査及び確認することに同意します。

- ・ 太枠内を記入してください。
- ・ 本人確認のため、運転免許証・その他法令に基づく身分証明書等をご提示ください。
- ・ この申請書を持参する人が接種希望者でない場合は、委任状と一緒に提出してください。
- ・ **必ず、直近の風しん抗体検査結果(コピー可)を提出してください。**

申請者(接種希望者)			
住所	〒	※昼間連絡が取れる番号	
	高崎市	電話	— —
ふりがな			(印)
氏名			
生年月日	昭・平	年 月 日生 (歳)	

※申請者は、接種希望者の中から選任してください。

下記接種希望者は上記の者を代理人に選任し、予診票の交付申請及び、予診票の受け取りに関する一切の権限を委任します。

接種希望者	氏名		生年月日	対象確認※1	抗体価※2
	1			昭・平 . . 生	
2			昭・平 . . 生		倍
3			昭・平 . . 生		倍
4			昭・平 . . 生		倍

※1:対象確認欄は、下記の【対象者】1～5のいずれかの番号をご記入ください。

※2:風しん抗体検査の結果は職員が記入します。

《対象者》

- 1 妊娠を希望する女性 (妊娠中は接種出来ません)
- 2 妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者
- 3 風しん抗体価が低い(※)妊婦の配偶者などの同居者
- 4 風しんの第5期対象者で妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者
- 5 風しんの第5期対象者で風しん抗体価が低い(※)妊婦の配偶者などの同居者

※抗体価:HI法16倍以下またはEIA法8.0未満

市記入欄

発行方法	受付者	受付日	本人確認	発送日	入力
窓口・郵送			免 ・ 保 その他()		