

抗体検査

(あて先) 高崎市 長

令和 年 月 日

麻しん・風しん抗体検査受診券 交付申請書

※下記「対象区分」にあてはまる方が申請してください。(対象区分外の方が申請する場合は、委任状が必要です。)

※本人確認のため、マイナンバーカード、運転免許証等の身分証明書等をご提示ください。

申 請 者 (申請書を提出する方)	
住 所	高崎市
	日中連絡がとれる番号 Tel - -
フリガナ	
氏 名	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)
対象区分	・希望される抗体検査(麻しん・風しん)について、申請者があてはまる番号に○を付けてください。 ※本申請において“同居者”とは、配偶者や結婚予定または事実婚関係にあるパートナー、もしくは生活空間を同一にする頻度が高い親族等のことをいいます。
	・麻しん抗体検査
	・風しん抗体検査
	1 妊娠を希望する女性
	1 妊娠を希望する女性
	2 妊娠を希望する女性の配偶者等同居者
2 妊娠を希望する女性の配偶者等同居者	
3 妊婦の配偶者等同居者	
3 風しん抗体価が低い妊婦の配偶者等同居者 (妊婦の抗体価が分かる資料が必要です)	
4 MRワクチン定期接種を受ける前の 0歳児の同居者	
4 風しんの抗体価が低い妊婦(申請のみ該当) (妊婦の抗体価が分かる資料が必要です。)	
5 妊婦(申請のみ該当)	

☐ 受診券交付のために必要な手続きについて、申請者以外の検査希望者からの委任(同意)を受けています。

☐ 受診券を発行するにあたり、対象者の個人情報(世帯情報等)を確認することに同意します。

妊娠希望者又は妊婦の氏名	生年月日	住所	妊婦の風しん抗体価
申請者と同じ ☐			
フリガナ			
	昭・平		☐ HI法16倍以下 ☐ EIA法8.0未満
0歳児の氏名	生年月日	住所	
フリガナ			
	令		

○検査を希望される方(申請者を含む)全員を記入してください。								
氏名		申請する 検査項目	生年月日	続柄※1	対象区分※2		確実な既往歴	
					麻しん	風しん	麻しん	風しん
1		麻・風	昭・平				あり・なし	あり・なし
2		麻・風	昭・平				あり・なし	あり・なし
3		麻・風	昭・平				あり・なし	あり・なし
4		麻・風	昭・平				あり・なし	あり・なし

※1 続柄は「妊娠希望者又は妊婦の氏名」、「0歳児の氏名」からみた続柄を記入してください。

※2 申請者枠内「対象区分」のうちあてはまる番号を記入してください。

対象者に該当する方でも、除かれる要件があります。詳しくは裏面をご確認ください。

【対象者から除かれる人】

○これまでに本事業の助成を受け抗体検査をした方。なお、麻しんまたは風しんどちらか一方の抗体検査を受けた方は、もう一方の抗体検査の対象者となります。

○これまでに本市の任意接種への助成を受け麻しん・風しん混合ワクチンの接種をした方。なお、麻しんまたは風しんどちらか一方のワクチンを接種した方は、もう一方の抗体検査の対象者となります。

○これまでに麻しん風しん含有ワクチンを2回接種している方。なお、麻しんまたは風しんどちらか一方のワクチンを2回接種している方は、もう一方の抗体検査の対象者となります。

○これまでに麻しん風しんの既往歴がある方。なお、麻しんまたは風しんどちらか一方の既往歴がある方は、もう一方の抗体検査の対象者となります。

○麻しん、風しん定期予防接種期間中の小学校入学前の方。

~~~~~職員記入欄~~~~~

| 受 付 日   | 受付者 | 確認者 | 本人確認            | 入力日 | 発送日 |
|---------|-----|-----|-----------------|-----|-----|
| 窓・<br>郵 |     |     | 免 ・ マイ ・ その他( ) |     |     |

【対象除外者確認事項】■にチェックが入った場合は対象外。△にチェックが入った場合は注意が必要。

・抗体検査希望者の住民登録は高崎市にあるか。

☐ 有り / ☒ 無し

・すでに申請検査項目の抗体検査を受けていないか。(麻しん、風しんどちらか一方の抗体検査を受けている場合もう一方の検査は可能)

☒ 麻しん風しん有り / ☐ 麻しん風しん無し / ☐ 麻しん有り(風しん可) / ☐ 風しん有り(麻しん可)

・すでに任意接種助成制度を利用しMRワクチンを接種していないか。(麻しん、風しんどちらか一方の予防接種を受けている場合もう一方の検査は可能)

☒ MRワクチン有り / ☐ MRワクチン無し / ☐ 麻しんワクチン有り(風しん可) / ☐ 風しんワクチン有り(麻しん可)

・これまでに定期接種等により、明らかに麻しん風しん含有ワクチンを2回接種していないか。(麻しん、風しんどちらか一方の予防接種を2回受けている場合もう一方の検査は可能)

※有りの例) MRワクチン2回／麻しん単独1回、風しん単独1回、MRワクチン1回／麻しん単独2回、風しん単独2回

※無しの例) MRワクチン1回／麻しん単独1回、風しん単独1回／麻しん単独1回、MRワクチン1回(風しん可)／麻しん単独1回、風しん単独2回(麻しん可)

☒ 有り / ☐ 無し

・これまでに明らかに麻しん風しんに罹ったことがないか。(麻しん、風しんどちらか一方に罹ったことがある場合はもう一方の検査は可能)

※接種を希望される方欄の「確実な既往歴」で確認

☒ 麻しん風しん有り / ☐ 麻しん風しん無し / ☐ 麻しん有り(風しん可) / ☐ 風しん有り(麻しん可)

・小学校入学前に該当しないか

☒ 該当する / ☐ 該当しない