

太枠内を記入してください。

<先天性風しん症候群対策>

風しん抗体検査・麻しん風しん混合予防接種

記入例

八王子市長 石森 孝志 殿
次のとおり申請します。

年 月 日

* 予防接種の記録等の必要な事項を関係機関に調査することに同意します。
* この予防接種は、八王子市独自の任意予防接種の費用助成制度です。接種費用は無料です。

1、抗体検査および予防接種を希望される方はどなたですか？

(フリガナ) 氏名			
生年月日	昭和 平成 2 年 1 月 1 日 (歳)	性別	男・女
住所	八王子市 町12-34 八王子マンション 101号		
電話番号	042 (645) ××××		

2、次の当てはまるものにチェックを入れて、該当する情報を記入してください。

妊娠を予定または希望する女性	
<input checked="" type="checkbox"/> 妊娠を予定または希望する女性の同居者	【同居する女性からみた続柄】
【同居する女性の氏名】	【生年月日】昭和 平成 2 年 2 月 2 日 (歳)
妊婦の同居者 (* 母子健康手帳をご提示ください。)	【妊婦からみた続柄】
【妊婦の氏名】	【生年月日】昭和 平成 年 月 日 (歳)

3、次の質問事項の【いいえ・不明・はい】のいずれかを で囲んでください。

ひとつでも【はい】および(4)で【不明】を選択した場合には抗体検査の申請はできません。

質問事項	回答欄
(1) 風しんの抗体検査を受けたことがありますか。	いいえ・不明・はい
(2) 風しんにかかり、検査で確定診断を受けたことがありますか。	いいえ・不明・はい
(3) 風しんの予防接種を2回以上受けたことがありますか。 (麻しん風しん混合【MR】予防接種を含む。)	いいえ・不明・はい
【女性の方のみ】 (4) 現在妊娠していますか。 (* 妊娠中またはその可能性のある方は抗体検査・予防接種の申請はできません。)	いいえ・不明・はい

女性の方は
ご回答ください。

(1) または (3) で【はい】を選択し、風しんの抗体価が低いことを証明する検査結果をお持ちの方は、麻しん風しん混合予防接種の申請をすることができます。本書に検査結果の写しを添付してください。【対象：HI法検査で16倍以下またはEIA法検査で8.0未満の方】

以下は事務処理欄です。(記入不要)

保健対策担当	住基確認	同居者確認	書類確認	【発行者】	【確認者】
予防接種担当	同居者確認	書類確認	()・無	【確認者】	予防接種

申し込み先
問い合わせ先

〒192-0083 八王子市旭町13-18 八王子市保健所
【抗体検査】保健対策課 042-645-5162
【予防接種】健康政策課 042-645-5102