

申請期限 令和7年（2025年）3月31日まで

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・麻しん風しん混合特別接種申請書

八王子市長 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、八王子市独自の制度です。接種費用は無料です。
- \* 予防接種を受ける際に有効期限を過ぎた場合は、保健所保健総務課（下記問い合わせ参照）へ連絡してください。

## 1、抗体検査および特別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	年 月 日 ( 歳 )	性別 男・女
住所	八王子市		
電話番号	( )		

## 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。

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

同居者にチェックした場合、次の当てはまるものにチェックを入れてください

- 同一の家屋または敷地内で同居している
- 里帰りなどで、1週間以上同じ家で生活しているまたはその予定がある
- 里帰りなどで、1か月の間に1日以上同じ家で生活しているまたはその予定がある

## 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

★ (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、麻しん風しん混合特別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）

事務処理欄			
保健対策担当	<input type="checkbox"/> 住基確認 <input type="checkbox"/> 同居者確認 <input type="checkbox"/> 書類確認	【発行者】	【確認者】
予防接種担当	<input type="checkbox"/> 同居者確認 <input type="checkbox"/> 書類確認 【接種歴】有 ( ) ・ 無	【確認者】	No. 予防接種

問い合わせ先

〒192-0046 八王子市明神町三丁目19番2号  
 東京たま未来メッセ 庁舎・会議室棟5階  
 八王子市保健所 FAX 042-644-9100  
 【抗体検査】保健対策課 ☎042-645-5162  
 【予防接種】保健総務課 ☎042-645-5102