

風しん抗体検査申込書

この風しん抗体検査は、栃木県が県内の医療機関に委託して実施しているものです。検査結果は、医療機関から実施主体である栃木県（保健福祉部健康増進課）に提出されます。
 なお、個人情報を公表することは一切ありません。

<受検者記入欄>

フリガナ		性別	男 ・ 女	生年 月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)
氏名					
住所 及び 連絡先	※県内市町（宇都宮市を除く）に居住地のある方が対象となります。 〒 — — 電話番号： — —				
問診項目	※該当する箇所をチェックしてください。 1. 居住地を教えてください。 <input type="checkbox"/> 栃木県内（宇都宮市を除く） <input checked="" type="checkbox"/> 宇都宮市 ⇒ 宇都宮市保健所へお問い合わせください。 <input checked="" type="checkbox"/> 栃木県外 ⇒ 事業対象外 2. 風しん抗体検査の申込みをした理由を教えてください。 <input type="checkbox"/> ① 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> ② ①の配偶者などの同居者 <input type="checkbox"/> ③ 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者 <input checked="" type="checkbox"/> ④ それ以外 ⇒ 事業対象外 3. 過去に風しん抗体検査を受けたことがありますか。 <input checked="" type="checkbox"/> ある ⇒ 事業対象外 <input type="checkbox"/> ない又は不明 4. 過去に風しんの予防接種を受けたことがありますか。 <input checked="" type="checkbox"/> ある ⇒ 事業対象外 <input type="checkbox"/> ない又は不明 5. これまでに風しんと診断（確定診断）されたことがありますか。 <input checked="" type="checkbox"/> ある ⇒ 事業対象外 <input type="checkbox"/> ない又は不明				
—受検者署名欄— 私は、上記の対象者要件を満たすので、風しん抗体検査を申し込みます。 本人自署： _____					

<医療機関記入欄>

—受 付—	
受付日：	年 月 日
—結 果—	
結果通知日：	年 月 日
風しん抗体検査（HI法）：	_____ 倍
※当該受検者へのワクチン接種：[未実施 ・ 実施] ※記入必須ではありません。	
医療機関名：	
医師名 ：	