

## 風しん抗体検査申込票

検査を希望する方は、太線の中を記入してください。

受付日*	年 月 日	結果通知予定日*	年 月 日
氏名： 性別：男・女 生年月日：S・H 年 月 日（ 歳）			
住所 市・郡 区・町			
(電話番号) 自宅： — — 携帯： — —			

新潟県風しん抗体検査事業は、以下の3条件をすべて満たす方が対象となります。

※ただし、昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性は、市町村が発行する無料抗体検査のクーポンを使用して検査を受けてください。

- ・過去に風しん抗体検査を受けたことがない
- ・風しん含有ワクチンの接種を2回以上受けたことがない
- ・風しんと検査で確定診断をされたことがない

ご自身のことについて、当てはまる口にチェック（レ点）をつけてください。

- ① 妊娠を希望する女性
- ② 妊娠を希望する女性の配偶者（パートナー）
- ③ 妊娠を希望する女性の同居者

※ただし、②、③の場合は、妊娠を希望する女性が、以下の3つの条件をすべて満たす方が対象です。

- ・過去に風しん抗体検査を受けたことがない
- ・風しん含有ワクチンの接種を2回以上受けたことがない
- ・風しんと確定診断されたことがない
- ④ 風しん抗体価が低い又はない妊婦の配偶者（パートナー）
- ⑤ 風しん抗体価が低い又はない妊婦の同居者

新潟県風しん抗体検査事業による無料の抗体検査の対象者であることを、上記のとおり確認し、性別・年齢・風しん抗体検査結果について、居住地の市町村へ送付することに同意します。

年 月 日

署名 \_\_\_\_\_

※上記から、新潟県風しん抗体検査の対象者と判断し、抗体検査を実施する。

医療機関名

所在地

医師名

(自署又は記名押印)

※医療機関記入欄