

(あて先) 前橋市長

風しん抗体検査申請及び予防接種の一部助成の予診票について (申請)

下記のとおり、風しん抗体検査及び予防接種の予診票について申請をいたします。

(予防接種については、抗体検査の結果陰性の場合に実施)

なお、助成対象者であることの確認のために必要があるときは、申請内容について、市が保有する個人情報調査および確認することに同意します。

記

住 所	〒 前橋市		
(ふりがな) 申請者氏名 (対象者)		(ふりがな) 配偶者・パートナー 氏 名	
生年月日 (年齢)	昭和 平成 年 月 日生 (歳)		
電話番号			
対象確認 (当てはまる□に チェックしてくだ さい)	今までに、本事業の抗体検査・予防接種を受けたことがなく、 前橋市に住民登録があり、以下のいずれかに該当 <input type="checkbox"/> ①妊娠を希望する女性 (過去に抗体検査 <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性) <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> ②上記①の女性の夫 (パートナー) (過去に抗体検査 <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性) <input type="checkbox"/> なし) (妻：過去に抗体検査 <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性) <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> ③抗体価が低い現在妊娠している女性の夫 (パートナー) <input type="checkbox"/> 平成2年4月1日以前生まれ <input type="checkbox"/> 今までに、予防接種を2回以上受けていない(1回以下) <input type="checkbox"/> ④第5期対象者で、抗体価がHI法で16倍 (②または③にもチェック) ※昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性		
	・過去に抗体検査を受けている場合は、結果の写しを添付してください。 ・対象者が②の場合は、妻の結果も添付してください。 ・対象者が③の場合は、母子健康手帳の写し (表紙と検査結果記載の頁) または、抗体検査結果書の写しを添付してください。 ・対象者が④の場合は、抗体検査結果の写しを添付してください。		
	収集した個人情報は、風しん抗体検査、予防接種 (成人) 一部助成事業の目的以外には使用いたしません。前橋市個人情報保護条例に基づき、適正に管理します。		

市使用欄

受付日	対応者	発行方法	受診券、予診票の発行	整理番号
		窓口・郵送	3枚・受診券のみ・予診票のみ	No.

予防接種対象者確認	抗体検査・予防接種期限確認	接種医療機関説明	避妊説明
陰性の場合 (生年月日 接種歴)	年度内	市外の場合は連絡、接種は市内のみ	2か月