

(あて先)    前橋市長

麻しん・風しん抗体検査受診券    交付申請書

下記のとおり、抗体検査を受けるため申請します。

フリガナ			生年月日	昭和 / 平成      年
氏名				月      日 (      歳)
住民票上の住所	〒 前橋市			
電話番号				
希望する検査	対象区分			必要書類
□麻しん抗体検査	<input type="checkbox"/>	妊娠を希望の女性		抗体検査結果※
	<input type="checkbox"/>	【妊娠を希望する女性】の配偶者又は同居者		抗体検査結果※
	<input type="checkbox"/>	【妊婦】の配偶者又は同居者		母子健康手帳、抗体検査結果※
	<input type="checkbox"/>	0歳児の同居者		母子健康手帳、抗体検査結果※
□風しん抗体検査	<input type="checkbox"/>	妊娠を希望の女性		抗体検査結果※
	<input type="checkbox"/>	【妊娠を希望する女性】の配偶者又は同居者		抗体検査結果※
	<input type="checkbox"/>	【妊婦】の配偶者又は同居者		母子健康手帳、抗体検査結果※
※抗体検査結果は、過去に検査歴がある場合に限ります。なお、妊娠を希望する女性または妊婦の配偶者や同居者は、当該女性と同時に申請してください。				
0歳児、妊娠希望の女性または妊婦	氏名	<input type="checkbox"/> 同上		<input type="checkbox"/> 同上
		生年月日		年      月      日
確認事項	<input type="checkbox"/>	過去に、本事業の助成を受けたことがない。		
	検査歴	麻しん	<input type="checkbox"/>	過去に検査を受けたことはない又は、検査結果が不明
			<input type="checkbox"/>	過去に検査を受け十分な風しん抗体価がない 検査結果(抗体価)：EIA価16.0未満
		風しん	<input type="checkbox"/>	過去に検査を受けたことはない又は、検査結果が不明
			<input type="checkbox"/>	過去に検査を受け十分な風しん抗体価がない 検査結果(抗体価)：HI法16倍以下、EIA価8.0未満等
接種歴	麻しん風しん混合： <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 分からない 麻しん単独           ： <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 分からない 風しん単独           ： <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 分からない			
同意事項	<input type="checkbox"/>	(平成2年4月1日以前生まれの方のみ) 検査の結果、抗体価が低いことが判明した場合、予防接種を受けることを希望します。【予診票を交付】		
	<input type="checkbox"/>	本事業の実施に必要な範囲で、市が保有する個人情報を確認することに同意します。		

収集した個人情報は本事業の目的にのみ利用し、個人情報の保護に関する法律に基づき、適正に管理します。