

風しん抗体検査(医療機関) 申込書兼問診票

令和 年 月 日

四日市市長 あて

私は、医療機関での風しん抗体検査を申し込みます。

1 申込者

フリガナ		生年月日 (年齢)	昭和 平成 年 月 日 (歳)
名 前			
住 所	〒 —	電話番号	

2 質問事項 あてはまる項目の□に✓印をつけてください。

1	あなたは、どの対象者にあたりますか。	<input type="checkbox"/> ①妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> ②妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者 <input type="checkbox"/> ③妊婦の配偶者などの同居者
2	これまでに風しん抗体検査を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい 昭和 平成 年 令和 年 結果(陰性 陽性) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
3	【設問2で「はい」と答えた人のみ回答】 風しん抗体検査結果の数値はいくつでしたか。 また、当てはまる単位を○で囲んでください。 ※母子手帳や妊婦健診(第1回目)の風しん抗体検査結果などで確認してください。	数値 () <input type="checkbox"/> わからない 単位 倍・IU/mL・EIA価・抗体価・抗体価AI
4	この事業に関し必要な、市が保管する住民記録情報、風しん抗体検査に関する情報について、市長が利用することに同意しますか。 医療機関から市へ検査結果(個人情報)を報告することに同意しますか。 《対象外:いいえ》	<input type="checkbox"/> はい(同意する) <input type="checkbox"/> いいえ(同意しない)

設問5 設問6については、設問1で2又は3と答えた人のみ回答

5	妊娠を希望する女性又は現在妊娠している女性の氏名をご記入ください。	()
6	配偶者又は同居者である女性との関係について、当てはまる□欄に✓印をつけてください。	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居者(配偶者以外)

*過去に風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体があることが判明し、風しん予防接種を行う必要がないと認められている人は除く。

市記入欄	交付番号	受付日

健康づくり課 成人健診係
電話 354-8282

* 申込書でいただいた個人情報は、本検査事業の目的以外には使用いたしません。