

風しん抗体検査申込書 兼 結果報告書

申込者記入欄							
検査 申込 者	住所	(居住している所) (住民票のある所) 檜葉町					
	氏名	カガナ	男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日生 令和 (満 歳)		
TEL ()							
<p>今までに風しんワクチンまたは、麻しん風しん混合ワクチンの予防接種をうけましたか</p> <p><input type="checkbox"/> 「はい」の方→接種年月日 (S・H・R 年 月 日)・接種年月日 (S・H・R 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 「いいえ」</p> <p>※次の項目に該当する方は、今回の風しん抗体検査の助成の対象になりません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・過去に檜葉町の助成を受けて麻しん・風しん混合ワクチンまたは風しんワクチン接種を受けた方 ・妊婦検診等で風しん抗体検査の結果が明らかな方 ・麻しん・風しん混合ワクチンまたは風しんワクチンを既に2回接種している方 ・風しんの既往歴（抗体価の上昇など）のある方 							
<p>私は、</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> (1) 妊娠を希望する女性 (2) 妊娠を希望する女性のパートナー (3) 風しん抗体価が低い妊婦の配偶者 </td> <td style="border: none; vertical-align: middle; padding-left: 20px;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 該当する番号に ○を付けてください。 </div> </td> </tr> </table> <p>に該当し、「檜葉町風しん抗体検査費用助成事業のお知らせ」を読み、当事業について理解したので、風しんの抗体検査を申込みます。</p>						<ul style="list-style-type: none"> (1) 妊娠を希望する女性 (2) 妊娠を希望する女性のパートナー (3) 風しん抗体価が低い妊婦の配偶者 	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 該当する番号に ○を付けてください。 </div>
<ul style="list-style-type: none"> (1) 妊娠を希望する女性 (2) 妊娠を希望する女性のパートナー (3) 風しん抗体価が低い妊婦の配偶者 	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 該当する番号に ○を付けてください。 </div>						
<p>検査申込日 令和 年 月 日 検査申込者署名（自署）</p>							

医師記入欄（風しん抗体検査結果報告書）			
(結果説明を行う医師は、以下の①～④にチェックまたは数値を記入してください。)			
①検査方法	②検査結果	③検査結果区分	④助成対象
<input type="checkbox"/> EIA 法 (IU/ml)	IU/ml	<input type="checkbox"/> 陰性又は判定保留陽性 (EIA 価 8.0 未満又は、国際単価 30IU/ml 未満)	<input type="checkbox"/> 該 当
		<input type="checkbox"/> 陽性 (EIA 価 8.0 以上又は、国際単価 30IU/ml 以上)	<input type="checkbox"/> 非該当
<input type="checkbox"/> HI 法	<input type="checkbox"/> 8 倍未満	<input type="checkbox"/> 16 倍以下 <input type="checkbox"/> 32 倍以上	<input type="checkbox"/> 該 当
	倍		<input type="checkbox"/> 非該当
<p>令和 年 月 日に実施した上記の者の検査について、項目①～④の結果となりました。よって、麻しん・風しん混合ワクチン及び風しんワクチン費用助成について（該当・非該当）とします。</p>			
<p>結果説明日 令和 年 月 日 医師署名欄</p>			
<p>実施医療機関名</p>			