

風しん予防接種申込書

*太枠内をご記入ください。

| | | | | | |
|--|--|-----------|--|----|--|
| 対象者氏名 (申請者) | ふりがな | | | | |
| 住所 | 国立市 | 電話番号 | () | | |
| 生年月日 | ____年____月____日 | 年齢 | 満____歳 | 性別 | |
| 申込区分 | 1 妊娠希望女性 ・ 2 妊婦の同居者 ・ 3 妊娠希望女性の同居者 | | | | |
| 署名 | 上記申込区分に該当しますので、風しん予防接種を申し込みます。 接種申込日：____年____月____日 接種申込者署名：_____ | | | | |
| 以下にお答えください。 | | | こちらに1つでも○があると不可  | | |
| ① 抗体価の検査はどちらの検査法でしたか？ HI法・EIA法 (どちらかを「○」でかこんでください) その抗体価の数値はいくつですか () その数値は低抗体価でしたか <small>※低抗体価とは抗体検査を受けた方で、HI法(赤血球凝集抑制法をいう。)においてHI抗体価が「8倍」「16倍」等であった方、EIA法(酵素抗体法をいう。)においてEIA価が8.0未満(デンカ生研)であった方又は国際単位①30IU/ml未満(シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス(株)、極東製薬工業(株))②国際単位45IU/ml未満(シスメックス・ピオメリユール(株)、ベックマン・コールター(株))であった方。</small> | | はい | いいえ | | |
| ② 今までに以下の風しんの予防接種もしくは風しんを含む予防接種を2回以上受けたことがありますか？ 風しんワクチン、麻しん風しん混合(MR)ワクチン 麻しんおたふくかぜ風しん(MMR)ワクチン | | いいえ 不明 | はい | | |
| ③ 今までに本事業を利用して、予防接種を受けたことがありますか？ | | いいえ | はい | | |
| ④ 現在妊娠している、もしくは妊娠の可能性がありますか？ | | いいえ | はい | | |
| ⑤ 風しんの予防接種後、2～3か月間は妊娠を避ける必要があることを理解しましたか？ | | はい | いいえ | | |