

太枠の中に必要事項を記入し、郵送またはFAX等により申し込んでください。

熊本市保健所 感染症対策課

〒862-0971(熊本市中央区大江5丁目1-1)

問合せ先 TEL(096-364-3189)

FAX(096-371-5172)

医療機関における風しん抗体検査申込書

【申込日】	平成 年 月 日	受付日	平成 年 月 日
フリガナ 【氏名】	男 明治 大正 女 昭和 平成	年 月 日生 (歳)	
【住所】(〒 -)	熊本市 区		
【電話番号】自宅	- -	携帯電話	- -
(申し込みされる方は、下記1から3のどれにあてはまるか番号に○をつけてください。)			
・妊娠を希望している女性ですか。			1
・妊娠を希望している女性のパートナーもしくは同居者ですか			2
・風しん抗体価の低い妊婦のパートナーもしくは同居者ですか			3
(下記の項目を母子手帳などで確認されて、はい、いいえ、わからないに○をお願いします。)			
・今までに風しんの予防接種をされましたか。(MRワクチン等)	はい	いいえ	わからない
・今までに風しん抗体検査をされましたか(妊婦検診等)	はい	いいえ	わからない
・今までに風しんに感染したことがありますか	はい	いいえ	わからない
【検査を受けることの意味】 ・ この検査は風しん抗体の有無を検査します。抗体が無い場合やあっても抗体価が低い場合は、風しんに感染する可能性があり、妊娠中に感染があると、生まれてくる子どもが先天性風しん症候群 ^{※1} になる可能性があります。 ・ 抗体がない場合や低い場合は、予防接種 ^{※2} を行うことで、十分な抗体を得ることができます。 ※1 先天性風しん症候群；風しんウイルスの胎内感染によって先天異常を起こす感染症。 ※2 風しんの予防接種は、妊婦は受けることができません。			
【受診者同意事項】 ・ 上記のとおり受診対象者なので、風しん抗体検査を希望します。 ・ 申請にあたり、私の予防接種の有無、抗体検査の有無および市内に居住していることについて、必要があれば、熊本市の保有する情報により確認することに同意します。 ・ この検査は、一般社団法人 熊本市医師会、一般社団法人 鹿本医師会、一般社団法人 下益城郡医師会の医療機関等に委託して実施され、結果が熊本市に報告されることに同意します。 平成 年 月 日 自 署 _____ 熊本市長 様			
		受診券番号	熊本

返信用封筒に貼付するために必要ですので、以下に宛先を記入してください。

〒 - (住所) 熊本市 区 (氏名) 様	〒 - (住所) 熊本市 区 (氏名) 様
-----------------------------	-----------------------------