

## 【熊本市】風しん抗体検査申込書

太枠の中に必要事項を記入し、窓口、郵送、FAX 等により下記申込先へ申し込んでください。

【申込日】	平成 年 月 日	受付日	平成 年 月 日
フリガナ 【氏名】	明治 大正 昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)		
【住所】 〒	— 熊本市		
【電話番号】 自宅	—	携帯電話	—
■下記 1 から 3 のあてはまる番号 1 つに○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し、はい、いいえ、わからないに○をつけてください。			
・今までに風しんの予防接種をされましたか。(MR ワクチンなど)	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。(妊婦健診等※)	はい	いいえ	わからない
※熊本市の他、多くの自治体では、妊婦健診の項目に、風しん抗体検査が入っています。			
・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
【受診者同意事項】			
<ul style="list-style-type: none"> <li>・上記のとおり、風しん抗体検査を希望します。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>			
平成 年 月 日 自 署	熊本市長 様		
発行可否	可 ・ 否	受診券番号	担当

【申込み先】 熊本市保健所 感染症対策課 FAX : 096-371-5172 (TEL096-364-3189)

〒862-0971 熊本市中央区大江5丁目1-1 ウェルパルクまもと4階

※返信用封筒に貼付するため、以下に宛先を記入してください (窓口で申請する場合は記入不要)

(保健所から申請者へ受診券の返信用)

(医療機関から申請者へ結果の返信用)

〒	〒
—	—
(住所) 熊本市	(住所) 熊本市
(氏名)	(氏名)
様	様