

【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】	令和 年 月 日	受付日	令和 年 月 日
フリガナ 【氏名】	明治 大正 昭和 平成 年 月 日生（ 歳）		
【住所】	〒 ー 熊本市 区		
【電話番号】	自宅 ー ー 携帯電話 ー ー		
■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。（必須）			
・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	
※同居者：生活空間を同一にする頻度が高い者			
■下記の項目について、はい、いいえ、わからない に○をつけてください。 (はいと回答された方は、本事業の対象外です。)			
・今までに熊本市の本事業を利用して風しん抗体検査を受けたことがありますか。	はい	いいえ	わからない
・今までに風しん抗体検査（妊婦健診など）を受け、その結果、十分な量の風しんの抗体があることが判明し、風しんの予防接種を行う必要がない、と認められたことがありますか。	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。 (検査で風しんと確定診断を受けた場合に限りです。)	はい	いいえ	わからない
【注意事項】申請にあたり、以下に同意したものとみなします。 ・熊本市では、申請者の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 鹿本医師会の医療機関等に委託して実施され、検査結果が熊本市に報告されます。			
発行可否	可 ・ 否	受診券番号	担当

【申込み先】 熊本市保健所 感染症予防課 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）

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