

風しん抗体検査問診票

○ 大分県内の市町村に居住している方がこの助成を受けられます。

○ 本人確認のため、健康保険証、運転免許証等を、医療機関窓口で提示してください。

		検査受診日		年	月	日
ふりがな		性別	男・女	生年月日	年	月
氏名				年齢	日	歳
住所 (電話番号)	※大分県内に居住している方が対象となります。 大分県 自宅： — — 携帯： — —					
受診者が配偶者などの同居者の場合は、以下についても記入してください。 妊娠を希望する女性又は妊婦の氏名() 続柄()						
※該当箇所に☑をしてください。						
1 居住地を教えてください。						
<input type="checkbox"/> 大分市を除く大分県内の市町村						
<input type="checkbox"/> 大分市						
<input checked="" type="checkbox"/> 大分県外 ⇒ 本事業の対象にはなりません						
2 以下の①～⑤のうち、どれに当てはまりますか。						
<input type="checkbox"/> ① 妊娠を希望する女性です。						
<input type="checkbox"/> ② ①の配偶者などの同居者です。						
<input type="checkbox"/> ③ 妊婦(風しんの抗体価が低い者)の配偶者などの同居者です。						
<input type="checkbox"/> ④ 昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性です。⇒ 第5期定期接種対象者 ^(※)						
<input checked="" type="checkbox"/> ⑤ ①～③以外 ⇒ 本事業の対象にはなりません						
※第5期定期接種対象者とは…昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性が該当し、市町村が発行しているクーポン券を持参して受診すると無料で検査が受けられます。						
3 過去に「風しん抗体検査」を受けたことがありますか。						
<input type="checkbox"/> ない又は不明						
<input checked="" type="checkbox"/> ある ⇒ 4 についても回答してください。						
4 (3で「ある」と回答した方のみ)抗体検査の結果について教えてください。						
<input type="checkbox"/> 抗体が不十分であった(覚えていない場合を含む)						
<input checked="" type="checkbox"/> 抗体を十分に有しており、医師から予防接種を受ける必要はないと言われた ⇒ 本事業の対象にはなりません						
【受診者署名欄】						
この検査の結果は、医療機関から大分県または大分市へ報告されますが、検査結果を含む個人情報は厳重に管理され、個人のデータが外部に公開されることはありません。 ただし、検査後に市町村が行う風しん予防接種を受ける場合、居住市町村と検査結果を共有することがあります。						
以上のことを理解した上で、(検査を希望します ・ 検査を希望しません)。						
本人自署 _____						
上記の問診の結果、風しん抗体検査対象者として、(該当する ・ 該当しない)。						
結果通知日 _____ 年 _____ 月 _____ 日						
医療 機関 記入 欄	— 検査結果 —					
	風しん抗体価(HI法) : (8倍未満 ・ 8倍 ・ 16倍 ・ 32倍以上)					
	(EIA法) : ()					
	当該受診者へのワクチン接種(未実施 ・ 実施)					
	医療機関名 :					
住 所 :						
電 話 :						
担当医: _____						