

平成 年 月 日

### 風しん抗体検査・大人のMR予防接種申込書

1～4まで枠内を記入してください(2は該当する方のみ)。

1 申請者 (同居者は、4 に記入した方と住民票上の住所が同じ方に限る)		
ふりがな 氏名 生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (19歳以上)	4との関係
住所	墨田区	
電話番号	( ) 昼間連絡がつく番号を記入してください	
申込区分 ✓を入れて ください。	妊娠を予定または希望している女性 の同居者 妊婦の同居者	

2 風しん抗体検査履歴 (過去に妊婦検診等で風しん抗体検査を受けた方は記入)
<ul style="list-style-type: none"> <li>検査日：平成 年 月 日</li> <li>検査医療機関名：</li> <li>検査結果 HI法：( 倍)、EIA法：( ) どちらか一方HI法で3.2倍以上、EIA法で8.0以上だった方は対象外となります。</li> </ul>

3 風しんに関する質問事項										
<table border="1"> <tr> <td>これまでに風しんにかかったことがありますか。</td> <td>ない</td> <td>不明</td> <td>ある</td> <td>「ある」場合は対象外となります。</td> </tr> <tr> <td>これまでに風しんの予防接種を受けたことがありますか。</td> <td>ない</td> <td>1回</td> <td>2回</td> <td>「2回」の場合は対象外になります。</td> </tr> </table>	これまでに風しんにかかったことがありますか。	ない	不明	ある	「ある」場合は対象外となります。	これまでに風しんの予防接種を受けたことがありますか。	ない	1回	2回	「2回」の場合は対象外になります。
これまでに風しんにかかったことがありますか。	ない	不明	ある	「ある」場合は対象外となります。						
これまでに風しんの予防接種を受けたことがありますか。	ない	1回	2回	「2回」の場合は対象外になります。						

4 同居中の妊娠を予定または希望する女性・妊婦の氏名等について 申込区分 の場合は記入不要。		
<table border="1"> <tr> <td>ふりがな 氏名 生年月日</td> <td>昭和・平成 年 月 日生</td> </tr> </table>	ふりがな 氏名 生年月日	昭和・平成 年 月 日生
ふりがな 氏名 生年月日	昭和・平成 年 月 日生	

申込書の到着後、概ね1週間程度で受診票等を発送しますが、混雑状況によっては2週間程度かかる場合があります。

送付先：〒130 - 8640 墨田区吾妻橋 1 - 23 - 20  
墨田区保健所保健予防課

平成 年 月 日

### 風しん抗体検査・大人のMR予防接種申込書

1～4まで枠内を記入してください(2は該当する方のみ)。

1 申請者 (同居者は、4 に記入した方と住民票上の住所が同じ方に限る)		
ふりがな 氏名 生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (19歳以上)	4との関係
住所	墨田区	
電話番号	( ) 昼間連絡がつく番号を記入してください	
申込区分 ✓を入れて ください。	妊娠を予定または希望している女性 の同居者 妊婦の同居者	

2 風しん抗体検査履歴 (過去に妊婦検診等で風しん抗体検査を受けた方は記入)
<ul style="list-style-type: none"> <li>検査日：平成 年 月 日</li> <li>検査医療機関名：</li> <li>検査結果 HI法：( 倍)、EIA法：( ) どちらか一方HI法で3.2倍以上、EIA法で8.0以上だった方は対象外となります。</li> </ul>

3 風しんに関する質問事項										
<table border="1"> <tr> <td>これまでに風しんにかかったことがありますか。</td> <td>ない</td> <td>不明</td> <td>ある</td> <td>「ある」場合は対象外となります。</td> </tr> <tr> <td>これまでに風しんの予防接種を受けたことがありますか。</td> <td>ない</td> <td>1回</td> <td>2回</td> <td>「2回」の場合は対象外になります。</td> </tr> </table>	これまでに風しんにかかったことがありますか。	ない	不明	ある	「ある」場合は対象外となります。	これまでに風しんの予防接種を受けたことがありますか。	ない	1回	2回	「2回」の場合は対象外になります。
これまでに風しんにかかったことがありますか。	ない	不明	ある	「ある」場合は対象外となります。						
これまでに風しんの予防接種を受けたことがありますか。	ない	1回	2回	「2回」の場合は対象外になります。						

4 同居中の妊娠を予定または希望する女性・妊婦の氏名等について 申込区分 の場合は記入不要。		
<table border="1"> <tr> <td>ふりがな 氏名 生年月日</td> <td>昭和・平成 年 月 日生</td> </tr> </table>	ふりがな 氏名 生年月日	昭和・平成 年 月 日生
ふりがな 氏名 生年月日	昭和・平成 年 月 日生	

申込書の到着後、概ね1週間程度で受診票等を発送しますが、混雑状況によっては2週間程度かかる場合があります。

送付先：〒130 - 8640 墨田区吾妻橋 1 - 23 - 20  
墨田区保健所保健予防課