

複数の方が申し込む場合は、この書式をコピーしてください。

墨田区事業 年 月 日

風しん抗体検査・大人のMR任意予防接種申込書

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)	
・検査日:	年 月 日
・検査医療機関名:	
・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。

3 風しんに関する質問事項				
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 対象外となります。

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。	
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

複数の方が申し込む場合は、この書式をコピーしてください。

墨田区事業 年 月 日

風しん抗体検査・大人のMR任意予防接種申込書

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)	
・検査日:	年 月 日
・検査医療機関名:	
・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。

3 風しんに関する質問事項				
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 対象外となります。

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。	
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