

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 <u>（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）</u>	
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 丁目
電話番号	( ) ※風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。	<input type="checkbox"/> ① 妊娠を予定または希望している女性 <input type="checkbox"/> ② ①の同居者 <input type="checkbox"/> ③ 妊婦の同居者

2 風しん抗体検査履歴 <u>（過去に妊婦検診等で風しん抗体検査を受けた方は記入）</u>
・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。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 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①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：〒130-8628 墨田区横川5-7-4  
すみだ保健子育て総合センター 保健予防課