

大人の風しん任意予防接種予診票交付申請書

接種希望者	ふりがな			生年月日	昭和・平成	
	氏名		男 女		年 月 日 (歳)	
	住所	つくば市			電話番号	* 日中つながる番号をご記入ください。
対象区分		1 妊娠を希望している女性 2 妊娠している女性の配偶者(パートナー含む)				
質問項目	1. 生年月日は1990年(平成2年)4月1日以前ですか					はい・いいえ ※対象外
	2. 抗体検査は受けましたか					はい・いいえ ※対象外
	抗体検査法 HI法 : 倍・EIA法 : 未満・その他 (検査日: 年 月 日)					↓
	3. 過去に風しん予防接種を受けたことがありますか					ない・ある(回)・不明 ※2回以上は、対象外
	4. 予防接種の予約は取りましたか					はい(月 日)・いいえ ※早めに予約をお取りください
	5. (男性の方のみ) 配偶者の出産予定日はいつですか					年 月 日
6. (女性の方のみ) 現在、妊娠中ですか					いいえ・はい ※対象外 ※予防接種後2か月間は、妊娠を避ける必要があります。	
年 月 日 上記の対象者区分に該当しますので、風しん任意予防接種の一部公費助成を申込みます。 つくば市長 宛て 申請者署名: _____ 接種希望者との関係()						

■事務処理欄■

抗体	HI法:16倍以下・EIA法:8.0未満・その他()	受付者	庁・桜・谷・大 ()
抗体確認書類	抗体検査結果票・母子健康手帳・その他()		受付方法
(女性の方のみ) 妊娠の有無		有・無	
(男性の方のみ) 配偶者の母子健康手帳の持参		有・無	/
過去の補助歴	有・無	宛名番号	

※健康管理システムの予防接種で「麻風混合(成人)2期」「風疹(成人)2期」の接種日が空欄であれば補助歴は「無」になります。