

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、マイナンバーカードもしくは資格確認書、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	日
氏名					年齢			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 checked="" type="checkbox"/> ④ ①～③以外 ⇒ 本事業の対象にはなりません								
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)。								
医療 機 関 記 入 欄	結果通知日 _____ 年 _____ 月 _____ 日							
	— 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: _____								