

様式 1

この問診票による抗体検査は、昭和37年4月2日から昭和54年4月1日までの間に生まれた男性に対する風しん抗体検査事業とは異なります。

秋田市風しん抗体検査申込書（問診票）

<申込者記入欄>

申込者	住所	〒 _____ 秋田市 _____ TEL: _____			
	カタカナ 氏名	_____	男・女	生年月日	_____年 _____月 _____日 ( _____ 歳)
対象区分	<input type="checkbox"/>	(1) 妊娠を希望する女性			
※該当に をつける	<input checked="" type="checkbox"/>	(2) 妊娠を希望する女性の配偶者			
	<input type="checkbox"/>	(3) 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者 (妊婦の抗体価: _____)			
(2)又は(3)に 該当する 場合		配偶者(妻等) ・住所 _____ 氏名 _____ ・生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)			
確認事項 ※いずれか 一つに○		過去に風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体がある (H I 抗体価32倍以上又はE I A価8.0以上相当) ことが判明している。			はい   いいえ
		(2)に該当する場合、配偶者(妻等)が過去に風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体がある (H I 抗体価32倍以上又はE I A価8.0以上相当) ことが判明している。			はい   いいえ
注意事項	確認事項についてひとつでも「はい」に該当するかたは、本事業の対象にはなりません。				
上記について事実と相違はありません。 また、この問診票および検査結果は、秋田市に提出されることに同意の上、風しん抗体検査を申込みます。 年 月 日 署名(本人) _____					

<医療機関記入欄>

<p>申込者記入欄について、健康保険証等により住所、氏名および生年月日を、対象区分(3)に該当する場合は妊婦の母子健康手帳により妊婦の抗体価 (H I 法16倍以下又はE I A価8.0未満相当) を、確認事項については問診等により確認しました。</p> <p>医療機関名: _____ 担当医: _____ 印</p>			
検査年月日	_____年 _____月 _____日	結果通知日	_____年 _____月 _____日
検査方法 および 検査結果	<input type="checkbox"/> H I 法 <input type="checkbox"/> E I A 法 _____ ; 結果数値 ( _____ ) 検査結果が、低抗体価 (H I 法16倍以下又はE I A価8.0未満) の場合の予防接種 <input type="checkbox"/> 実施、 <input type="checkbox"/> 未実施 (□予約のみ □他の医療機関で接種 □妊娠の可能性あり □その他)		
検査医療機関 および 担当医	上記について相違ありません。 医療機関名: _____ 担当医: _____ 印		