

藤沢市風しん抗体検査申込書兼結果報告書(医療機関控え)

私は、藤沢市風しん抗体検査を申込みます。

受付日 年 月 日

* 検査を希望する方は、太枠内を記入してください。

1 該当するものを選んでください。 <対象区分確認> *いずれかに該当すること

- 妊娠を予定または希望している女性
- 妊娠を予定または希望している女性の配偶者・パートナー
- 妊婦の配偶者・パートナー
- 1962年(昭和37年)4月2日から1979年(昭和54年)4月1日の間に生まれた男性

2 どちらか該当するものを選んでください。 <対象外確認> *すべて「ない」となっていること
ただし、クーポン券使用者は除く

- ・ 過去に風しん抗体検査を受けたことがありますか?(ない ・ ある)
- ・ 過去に風しん(風しん含有)予防接種を受けたことがありますか?(ない ・ ある)
- ・ 過去に検査で確定診断をした風しんにかかったことがありますか?(ない ・ ある)

3 藤沢市民であることを確認するものをお持ちですか? <市民確認> *藤沢市民であること

- 健康保険証 運転免許証 パスポート マイナンバーカード
- その他()

ふりがな 氏名		男・女	生年月日 (年齢)	(歳)
住所	藤沢市			
電話	(携帯電話)			

医療機関使用欄

検査日	年 月 日
検査方法	HI法 ・ EIA法
検査結果	抗体価()
	陽性 ・ 判定保留 ・ 陰性
医療機関名	
医師名	

クーポン所
貼付場