別紙様式1

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、**健康保険証、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 氏　名		性別	男・女	生年月日 年　齢	年　月　日 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。

- □ 大分市を除く大分県内の市町村
- □ 大分市
- □ 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。

- □ ① 妊娠を希望する女性です。
- □ ② ①の配偶者などの同居者です。
- □ 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。
- □ 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。

- □ ない又は不明
- □ 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。

- □ 抗体が不十分であった（覚えていない場合を含む）
- □ 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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関記入欄

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　）。

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：