

羽 村 市 長 宛

先天性風しん症候群対策風しん等ワクチン予防接種申請書

抗体検査の結果で抗体価が十分でなかったときのみ接種を受けることができることを理解しました。

抗体価が十分でない場合・・・HI法 16倍以下、EIA法 8.0未満

※同居者の方 現在妊娠中または妊娠を希望・予定の女性の同居者です。

※女性のみ 現在妊娠していません。

※女性のみ 予防接種後、2ヶ月間は妊娠を避ける必要があることを理解しました。

ここで得た個人情報を予防接種の実施のためにのみ使用することに同意します。

以上の点を確認のうえ、先天性風しん症候群対策風しん等ワクチン予防接種を希望します。

氏 名	フリガナ	性 別
		男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日( 歳 )	
住 所	羽村市	
電 話 番 号		
同居している女性 の氏名	フリガナ	
同居者の区分	妊婦の同居者 ・ 妊娠希望女性の同居者	
続 柄	妊婦・妊娠希望女性の ( 夫・父・母・子・※その他 ) ※その他の場合 ( )	

健康課処理欄

受付日		受付者	
住基確認		年齢確認	
発送日			