

年 月 日

## 風しん抗体検査 問診票・報告書 (※宮崎市以外の方用)

住所 \_\_\_\_\_

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_

性別 男・女 \_\_\_\_\_

ふりがな

保護者氏名 \_\_\_\_\_

(検査を受ける方が18歳未満の場合)

生年月日 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( ) 歳

(1)~(6)の質問の該当するところに○をつけてください。

(1) (女性の方のみ)あなたは、妊娠を希望していますか。

1 はい	2 いいえ
------	-------

→2は対象外です

(2) (女性の方のみ)現在、妊娠又は妊娠している可能性がありますか。

1 はい	2 いいえ
------	-------

→1は対象外です

※妊娠している方は、妊婦検診において風しん抗体検査(無料)を受けることができます。

(3) (男性の方のみ)あなたは、「妊娠を希望する女性」「妊婦」の配偶者、又はパートナーですか。

1 はい	2 いいえ
------	-------

→2は対象外です

(4) あなたは、これまでに風しん抗体検査(妊婦健康診査を含む)を受けたことがありますか。

1 はい	2 いいえ	3 不明
------	-------	------

→1は対象外です

(5) あなたは、これまでに風しん含有ワクチン(風しん単独ワクチン・MR(麻しん風しん混合)ワクチン)を2回接種したことがありますか。

1 はい	2 いいえ	3 不明
------	-------	------

→1は対象外です

(6) あなたは、これまでに風しんにかかったことがありますか。

1 はい	2 いいえ	3 不明
------	-------	------

→1は対象外です

## 報告の同意

検査結果について、医療機関が県薬務感染症対策課に対して報告することに同意します。

年 月 日 受検者署名 \_\_\_\_\_

上記の者について、風しん抗体検査を実施しました。

※裏面に検査結果を貼付(受検者名、採取日、検査項目、結果が記載されていること。)

医療機関名 及び  
管理者または院長名 \_\_\_\_\_

年 月 日

結果添付欄(コピー可)

受検者名、採取日、検査項目、結果が記載されていること。