

別紙様式【1】

大 分 市

風しん抗体検査問診票

* 太線枠の中をご記入ください。

受付番号		検査受診日	平成 年 月 日
ふりがな		生年月日	昭和 年 月 日生
氏 名			平成 年 月 日生
性 別	男 ・ 女	年 齢	歳
住 所 連 絡 先	〒 _____ 電話番号:(_____)		
配偶者などの同居者が検査を希望する場合は、下記に妊娠を希望する女性の氏名・続柄・住所を記入してください			
妊娠を希望 する女性	氏名(_____) 続柄(_____) 住所(_____) * 住所は上記と同様であれば記入不要		

【対象者】 検査実施日において大分市の住民であって、妊娠を希望する女性。

ただし、以下の方は除きます。

- ・過去に風しん抗体検査を受けたことがある方
- ・明らかに風しんの予防接種歴がある方
- ・検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がある方

* 配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む)などの同居者(生活空間を同一にする頻度が高い者)も、本検査の対象者として差し支えない。

【質問】 * 以下の質問にお答えください。

- 1) これまでに風しん抗体検査を受けたことがありますか？
(あると思う ・ ないと思う ・ よくわからない)
- 2) これまでに風しんに感染したことがありますか？
(あると思う ・ ないと思う ・ よくわからない)
- 3) これまでに風しんの予防接種を受けたことがありますか？
(ある → 1回 2回 ・ ない ・ 不明)

【受診者署名欄】

この検査の結果は、大分市に報告されますが、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。

以上のことを理解したうえで、風しん抗体検査を希望します。

自署または記名押印

【医療機関記入欄】

 啓発リーフレットにより風しんに関する情報提供を行った。

検査結果： EIA検査(_____)

医療機関名：

住 所：

電 話：

担当医：

印

(H27.4)