

## 五戸町風しん予防接種申請書

年 月 日

五戸町長様

(申請者)

住所

氏名

印

(本人以外の場合、接種対象者との続柄： )

電話番号

任意による風しん予防接種にあたり、予防接種予診票の交付を申請します。

接 種 希 望 者	
対象者区分	<input type="checkbox"/> 妊娠を予定する者 <input type="checkbox"/> 妊娠を予定する者の同居家族 <input type="checkbox"/> 風しん抗体価が低い妊婦の同居家族 (※) <small>※母子健康手帳(「子の保護者」及び「検査の記録」のページ)のコピー添付</small>
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
住所	五戸町
今までに風しんにかかったこと、また、風しんの予防接種(混合ワクチン接種含む)を2回受けたことがありますか	はい ・ いいえ <b>「はい」と答えた方⇒予診票交付対象外</b>
抗体検査を受検した結果、助成対象抗体価基準値外だった場合には接種費用は助成対象とならないことに同意しますか。	はい ・ いいえ
抗体価がわかるものはありますか。	母子健康手帳 抗体検査結果 その他 ( ) なし
<b>【女性の方のみ】</b> 現在妊娠している、または妊娠している可能性(予定より生理が遅れている)はありますか。	はい ・ いいえ  <b>「はい」と答えた方⇒接種不可</b>

【町確認】五戸総合病院(FAX) 田中医院(FAX)

FAX 送信日 令和 年 月 日 送信者