

任意

風しん抗体検査・風しんまたは麻しん風しん混合(MR)予防接種予診票交付申請書

年 月 日

佐賀市長 様

申請者 住所

氏名

電話番号

佐賀市が実施する風しん抗体検査・任意予防接種を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

被接種者氏名	ふりがな	申請者との続柄	
生年月日・年齢	S・H 年 月 日 ( 歳)	日中の連絡先	
被接種者住所 (申請者と同じ場合は不要)	佐賀市		
申請の理由 (該当するものに○)	1. 妊娠を希望している(女性のみ) 2. 妊婦と同一世帯である(妊婦の母子健康手帳の提示必要)		
質問① 今までに風しん抗体検査をしたことがありますか。	はい いいえ		
質問② 今までに麻しん風しん混合又は風しんの予防接種を受けたことがありますか。	はい いいえ 不明		
質問③ 今までに風しんに罹患したことがありますか。	はい いいえ 不明		
質問④ 女性の方へ 現在、妊娠、又は妊娠している可能性(生理が遅れている等)がありますか。	はい いいえ		

(以下、市記入欄：確認したら□にチェックを入れて下さい。)	受付印
<input type="checkbox"/> 住民確認 (TIARA・運転免許証・健康保険証・その他 ) <input type="checkbox"/> 妊婦と同一世帯 <input type="checkbox"/> TIARAで確認 <input type="checkbox"/> 母子手帳で確認(No ) <input type="checkbox"/> 予防接種歴 <input type="checkbox"/> TIARAで確認 <input type="checkbox"/> 接種歴あり ( 風しん ・ MR ) <input type="checkbox"/> 接種歴なし	
<input type="checkbox"/> 書類発行した方は、TIARAに入力：メモ「風疹」 例、○月○日来庁、申請受付。 <input type="checkbox"/> 書類発行不可者は、下記もチェックを入れ、この申請書のみ担当者へ渡す。	
<input type="checkbox"/> 発行 (渡すものをチェック) <input type="checkbox"/> 説明書 <input type="checkbox"/> 風しん抗体検査問診票：氏名・住所等を記載してもらう <input type="checkbox"/> 風しん抗体検査結果通知書 <input type="checkbox"/> 予防接種予診票 (MR・風しんの2種類)：氏名・住所等を記載してもらう <input type="checkbox"/> 予防接種済証	健管番号
<input type="checkbox"/> 発行不可 (□理由を申請者に説明) 理由 : 住基無し・予防接種歴あり・風しん既往あり・その他 ( )	

受付者サイン