

任意

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 | 印 |
| 電話番号 | |

佐賀市が実施する風しん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) <input type="checkbox"/> 同居者の男性で、抗体検査結果持参の場合 S37.4.2～S54.4.1生 以外である | 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 風しん抗体検査は陰性ですか。 | はい いいえ | | |
| 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 | | |

* 予防接種歴は有り無しに関わらず、抗体検査陰性の場合、予防接種の対象となります。

| | |
|--|------|
| (以下、市記入欄：確認したら <input type="checkbox"/> にチェックを入れて下さい。) <input type="checkbox"/> 住民確認 (TIARA・運転免許証・健康保険証・その他) 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"/> 同居者で抗体検査結果持参の場合、生年月日のWチェック <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。 | 受付印 |
| <input type="checkbox"/> 発行 (渡すものをチェック) <input type="checkbox"/> 予防接種の説明書 <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 <input type="checkbox"/> 発行不可 (理由を申請者に説明) 理由：住基無し・その他 () | 健管番号 |

受付者サイン