

# 大人の風しん予防接種申請書

伊東市長 様

申請日 令和 年 月 日

## 申請者

フリガナ 氏名	印	生年月日	昭和・平成 年 月 日( 歳)
住所	〒 -	電話番号	- -

## 実施者 (申請者と同一の場合は記入不要)

フリガナ 氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日( 歳)
住所	〒 -	電話番号 - -
		続柄

## 風しん抗体検査結果

検査日	令和 年 月 日
検査実施医療機関	
検査結果	<input type="checkbox"/> HI法: 16倍以下 EIA法 (IgG抗体): 8.0未満 CLEIA法 (IgG抗体): 14.0未満 風しんの抗体がないか、 感染予防に十分な量の抗体を 持っていないと考えられます。
	<input type="checkbox"/> HI法: 32倍以下 EIA法 (IgG抗体): 8.0以上 CLEIA法 (IgG抗体): 14.0以上 風しんの感染予防に 十分な量の抗体を 持っていると考えられます。
予防接種 実施希望医療機関	

## (健康推進課記入欄)

判定	<input type="checkbox"/> 予防接種 対象 <input type="checkbox"/> 予防接種 非対象
----	---

※対象者には依頼書を発行します。発行には申請後1週間程度かかります。