

記入方法

大人の風しん予防接種申請書

伊東市長 様

記入しないでください。

申請日 令和 年 月 日

申請者

フリガナ 氏名	イトウ タロウ 伊東 太郎 (印)	生年月日	昭和(平成) 5年 2月 2日 (31歳)
住所	〒 414 - 0055 伊東市大原〇〇-△△	電話番号	0557-××-××××

予防接種を受けるご本人についてご記入ください。
(申請者と同一の場合は記入不要です。)

実施者 (申請者と同一の場合は記入不要)

フリガナ 氏名	イトウ ハナコ 伊東 花子	生年月日	昭和(平成) 6年 1月 1日 (30歳)
住所	〒 414 - 0055 伊東市大原〇〇-△△	電話番号	090-××××-××××
		続柄	妻

風しん抗体検査結果

抗体検査の結果票を見てご記入ください。

検査日	令和2年 4月 1日		
検査実施医療機関	〇〇医院		
検査結果	<input checked="" 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) CLEIA法 (IgG抗	市内実施医療機関であれば、抗体検査を受けた 医療機関と別の医療機関でもOKです。
予防接種 実施希望医療機関	△△医院		

(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。