

大人の風しんまたは麻しん予防接種予診票発行申請書（令和8年度）

申請日 令和 年 月 日

（あて先）太田市長

下記のとおり、大人の風しん予防接種または大人の麻しん予防接種の予診票の発行について、抗体検査の結果を添えて申請します。

なお、申請内容の確認にあたり、市が保有する個人情報調査および確認することに同意します。

住 所	太田市		
申請者氏名	被接種者と同一の場合、記入は不要です		
被接種者	ふりがな 氏名	男・女	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生（ 歳）	
	電話番号		
次の該当する項目にチェック（レ点）を入れ、抗体価を記入してください。			
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 風しん	<input type="checkbox"/> 妊娠を予定する女性及び夫（パートナー）、または現在妊娠をしている女性の夫（パートナー）である <input type="checkbox"/> HI法による風しん抗体検査の結果が16倍以下である 抗体検査値 _____ 倍 <input type="checkbox"/> 風しん予防接種を2回接種していない <input type="checkbox"/> 風しんワクチンまたは麻しん風しんワクチンの接種費用助成を受けていない <input type="checkbox"/> 過去に風しんの診断を受けていない	
	<input type="checkbox"/> 麻しん	<input type="checkbox"/> 妊娠を予定する女性及び夫（パートナー）、または現在妊娠をしている女性の夫（パートナー）である <input type="checkbox"/> EIA法による麻しん抗体検査の結果が16.0未満である 抗体検査値 _____ <input type="checkbox"/> 麻しん予防接種を2回接種していない <input type="checkbox"/> 麻しんワクチンまたは麻しん風しんワクチンの接種費用助成を受けていない <input type="checkbox"/> 過去に麻しんの診断を受けていない	
女性のみ	<input type="checkbox"/> 現在妊娠の可能性がありません（生理が予定日より遅れている、などはありません）		
生活保護受給	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯員である（受給証明書等の写しを添付してください）		

市記入欄

<input type="checkbox"/> 対象者であることを確認した	受付者名
受付方法 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他	受付日 年 月 日
発送方法 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他	