

鳥取県麻しん抗体価検査受検申込（問診）書

検査を希望される方は、以下の質問について、該当するものを○でお囲みください。
※鳥取県内在住（小学校就学前の者を除く。）で、「受検対象者」に該当された方のみ受検申込みを行うことができます。

＜受検資格確認＞

1	麻しんワクチン接種2回未了者又は接種歴不明者である。		
↓ はい			
2	過去に麻しん抗体価検査を受けたことがある。または既往歴がある。		はい
↓ いいえ・わからない			いいえ
3	以下①～⑤のいずれかに当てはまる。 （当てはまるものに○をつけください） ① 海外渡航予定者 ② 0歳児の同居者（※1） ③ 妊婦の配偶者（※2）などの同居者（※1） ④ 妊娠を希望する女性 ⑤ 妊娠を希望する女性の配偶者（※2）などの同居者（※1） ※1：同居者とは、居住する空間を同一にする頻度が高い者 ※2：配偶者には、婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様にある者を含む。		
↓ はい			いいえ
無料検査の対象者			無料検査の対象外

※以下の申込者記入欄に必要事項をご記入ください

年 月 日

総合事務所長
（委託医療機関） 様

以下に掲げる承認事項について承諾の上、鳥取県麻しん抗体価検査の受検を申し込みます。

○受検申込者記入欄 ※自署で記入願います。

フリガナ		住 所	
氏 名	(男・女)		
生年月日	年 月 日 (満 歳)		
		電話番号 () -	

□郵送による検査結果の送付を希望します。

○保護者記入欄

※受検申込者が16歳未満の場合は、原則、保護者の同意（自署）、同伴をお願いいたします。
（ただし、13歳以上で保護者の同意（自署）がある場合は、同伴は不要です。）

フリガナ		続柄	
氏 名			

（承認事項）
①医療機関が検査結果を事業実施主体である県へ報告すること。②県が検査結果を個人が特定されない形で各種統計情報としてとりまとめ、傾向分析及び国への報告等に活用すること。（個人を特定できる形で検査結果を公表することはありません。）

○検査結果（医療機関記入欄）

検査方法（ ☒ 該当にチェック）	
☐ E I A法	☐ 中和法 ☐ F I A法
抗体価： _____	
医療機関名： _____	担当医： _____

