

整理番号				
本人記入欄(太枠内囲まれた中にご記入ください)				
ふりがな		性別	男・女	医療機関 チェック欄 ↓
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日( 歳)	
住所	〒(      -      )      ※奈良市在住の方は対象外です			本人の氏名、 住所、電話 番号等記入 もれはあり ませんか？
電話番号	自宅 :      -      -      携帯 :      -      -			
本検査内容が奈良県に提出され、奈良県の風しん対策に活用されることに同意します。 検査に係る個人情報、奈良県の個人情報保護基準により保護されており、本人 に断りなく、上記の目的以外に使用されることはありません。 (※右に必ず自署してください。)				<input type="checkbox"/>
<b>【確認事項】</b> (該当する場合又は不明の場合は、□に✓を記入してください: <u>すべての□を満たす必要があります</u> ) <input type="checkbox"/> 過去に風しん抗体検査を受けたことがない <input type="checkbox"/> 風しんの予防接種歴がない <input type="checkbox"/> 検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がない				全てに✓ 入っていま すか？ <input type="checkbox"/>
<b>【対象者区分】</b> (□に✓を記入してください: <u>該当する性別のすべての□を満たす必要があります</u> ) ●女性 <input type="checkbox"/> 初めての妊娠を希望し平成2年4月1日以前生まれ(注1)(平成2年4月2日生まれ以降は対象外) <input type="checkbox"/> 妊娠中や経産婦でない(注2) ●男性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者(婚姻の届出をせず、事実上婚姻関係と同様の者を含む) <input type="checkbox"/> 平成2年4月1日以前生まれ(注1) <small>(平成2年4月2日生まれ以降は対象外。ただし昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれは市町村事業のため対象外(注3))</small>				●女性 ●男性 該当する性別 の全てに✓ 入っています か？ <input type="checkbox"/>
検査項目	風しん抗体価(HI法)			
検査日	令和	年	月	日
医療機関記入欄				
医療機関所在地:				
医療機関名 :				
担当医: _____ (自署または記名)				

(注1)平成2年4月2日生まれ以降は制度上定期接種2回となっており、これ以降にお生まれの方は県事業の対象外です。

(注2)妊婦健康診査には風疹抗体検査が含まれています。

(注3)市町村事業として、風疹抗体検査および予防接種の対象となっています。

※ この受診票は、令和7年2月28日まで有効です。

※ この受診票を利用できる医療機関は、奈良県と契約した医療機関に限られます。

※ 医療機関は、この受診票に検査結果を記入のうえ、奈良県送付分に請求書、実績報告書を添付して県疾病対策課に提出してください。