

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 or 携帯 : ( )-( ) ( )			
<p>本検査の結果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、個人情報の保護に関する法律に基づき、適切に管理・保護され、          これらの情報は、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。</p> <p>自 署: _____</p>				<input type="checkbox"/>
<p>【確認事項】(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>)</p> <p><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(2回以上)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</p>				全てに✓ 入っていま すか? <input type="checkbox"/>
<p>【対象者区分】(□に✓を記入してください: <u>該当する区分のすべての□を満たす必要があります</u>)</p> <p>●対象者区分1  <input type="checkbox"/> 初めての妊娠を希望し平成2年4月1日以前生まれの女性(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)</p> <p>●対象者区分2  <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性又は抗体価が低い妊婦の同居者(配偶者等)  <input type="checkbox"/> 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)</p>				該当する区 分の全てに ✓入っていま すか? <input type="checkbox"/>
検査項目	風しん抗体価(HI法)			医療機関記入欄
検査日	令和 年 月 日			
<p>医療機関所在地:</p> <p>医療機関名 :</p> <p>担当医: _____ (自署または記名)</p>				

(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。

※ この受診票は、令和8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。