

麻 し ん 抗 体 検 査 申 込 書

フリガナ			麻しん抗体検査事業は、市町村が東京都からの委託を受け、市町村ごとに地域住民を対象とした抗体検査を行っているものです。			
氏 名						
生 年 月 日	年	月	日	年齢	歳	性別
住 所						
電 話 番 号	()				自宅 ・ 勤務先 携帯電話	
申 込 区 分	1 19歳以上かつ0歳児と同居する者 ・ 2 市長村長が必要と認めた者					
署 名	上記申込区分に該当しますので、麻しん抗体検査を申し込みます。 検査申込日： 年 月 日 検査申込者署名：					
(備 考)						

〔 留 意 事 項 〕

- * 麻しん抗体検査では、麻しんに対する抗体を十分に保有しているかを確認します。検査の結果、抗体価が十分ではない場合には、予防接種を受けることを検討してください。（E I A価16. 0未満の場合）
- * 予防接種（麻しん含有ワクチン：MRワクチン等）を1回受けることにより、約95%の方が十分な免疫を獲得することができます。2回接種することでより確実な予防が可能となります。
- * 麻しん含有ワクチンによる予防接種を2回以上受けた方（書類等で記録が確認できる方）及び麻しん抗体検査事業における検査を受けたことのある方は、抗体検査は不要な方となります。特にご希望される場合は、原則、自己負担での検査となります。
- * これまでに抗体検査を受けられている方で、抗体価が十分でないという記録が確認できる方は、検査は不要です（市町村が実施する予防接種の補助を受けることができる場合があります。詳しくは、お住まいの市町村へお問い合わせください）。

〔実施者使用欄〕

医 療 機 関 名											
受 付 年 月 日	年	月	日	(住所等確認方法) ・ マイナンバーカード ・ 運転免許証 ・ その他 ()							
結 果 説 明 日	年	月	日								
予 防 接 種 要 否	要 ・ 不要			(検査方法)							
整 理 番 号			—			—				()	E I A法に限る。