

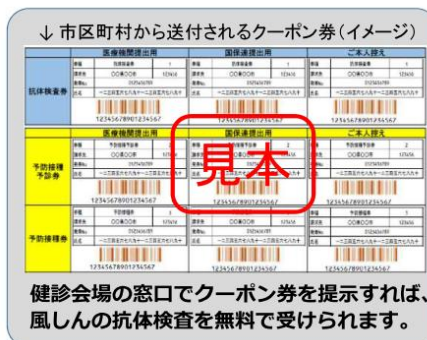
1962(昭和 37)年 4 月 2 日～1979(昭和 54)年 4 月 1 日生まれの男性の皆様

風しん抗体検査実施開始日のお知らせ

実施開始日:2019 年 5 月 13 日～

1. 健診当日、下の 3 点を**必ずお持ちください**。

- ① **クーポン券** (シールは貼らずにお持ちください)
- ② **本人確認書類** (免許証・マイナンバーカード等)
- ③ **風しん抗体検査受診票**
(事前に住所・氏名等必要事項をご記入下さい)



※クーポン券を忘れた場合、風しん抗体検査は実施できませんのでご注意ください。

同封の受診票へ、住所・氏名・性別・生年月日・年齢及び質問事項をご記入の上、健診当日受付にご提出願います。

風しんの抗体検査受診票		
<small>※本枠内をご記入ください。 ※本受診票は、昭和37(1962)年4月2日から昭和54(1979)年4月1日までの間に生まれた男性を対象に地方公共団体が実施する風しん抗体検査用に作成された書式です。</small>		
住民票に記載されている住所 都 道 府 県 市 区 町 村	(クーポン券貼付)	
氏 名	男 ・ 女	
生年月日	昭和 年 月 日生 (満 歳)	
質問事項	回答欄	医師記入欄
現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	いいえ はい	}
これまでに風しんにかかったことがありますか。	はい いいえ	
(「はい」の場合) そのときの風しんの抗体検査の結果や診断書等の記録はありますか。	はい いいえ	
風しんの抗体検査を平成26年(2014年)4月1日以降に受けましたか。	はい いいえ	
(「はい」の場合) そのときの風しんの抗体検査の結果の記録はありますか。	はい いいえ	
生後から今までに風しんワクチン又は麻しん・風しん混合(MR)ワクチン又は麻しん・風しん・おたふくかぜ(MMR)ワクチンをあわせて1回以上接種したことがありますか。	はい いいえ	
(「はい」の場合) そのときの予防接種の記録はありますか。 予防接種の種類(該当に○) (風しんワクチン ・ MRワクチン ・ MMRワクチン)	はい いいえ	
風しんの抗体検査の実施に関する同意書 下記に該当する場合、□に✓を入れてください。✓がなかった場合、風しんの抗体検査を希望されたものとみなします。 <input type="checkbox"/> 私は、風しんの抗体検査をうけることを希望いたしません。		
風しんの抗体検査の個人情報取り扱いに関する同意書 (医師の診察の結果、検査が必要と判断された後に記入してください。) この受診票(抗体検査の結果を含む)は、市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出され、個人情報保護に関する条例に基づき、市区町村が適正に管理します。このことを理解し、同意いただける場合はご署名下さい。(署名のない場合は、検査を無料で受けることはできません。) 年 月 日 被検査者自署 <small>(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被検査者との続柄を記載)</small>		

ご不明の場合は「いいえ」に○を記入して下さい。

2. 風しん抗体検査のみの実施は行っておりません(健診と同時実施)。

3. 風しん抗体検査結果は、健診結果に同封いたします。