

兵庫県風しん抗体検査 申込書・個人票

(妊娠を希望される方々等対象)

【受検者記入欄】(太枠内の項目について記載してください)

受検日 令和 年 月 日

フリガナ		西暦
受検者署名 (氏名)		年 月 日生 ()歳
	男・女	
住 所	〒 _____ 兵庫県 (市・町)	
	日中連絡が取れる電話番号： ※神戸市・尼崎市・姫路市・西宮市・明石市(政令市・中核市)にお住まいの方については対象ではありません。	
対象要件	<input type="checkbox"/> (1)妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> (2)妊娠を希望する女性の配偶者※などの同居者 <input type="checkbox"/> (3)抗体価の低い妊婦の配偶者※などの同居者 ※配偶者については内縁関係を含む	
	(2)・(3)の方は妊娠を希望する女性または妊婦の名前を記載してください。 <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 30px; margin-left: 100px;"></div>	

この検査に関する個人情報、兵庫県個人情報保護条例に基づき取り扱います。

【医療機関記載欄】

医療機関名 所在地	〒 _____
医師名	

【風しん抗体検査結果記載欄】

検査方法	<input type="checkbox"/> HI法
検査結果	【HI法】 <input type="checkbox"/> 8倍未満 <input type="checkbox"/> 8倍 <input type="checkbox"/> 16倍 <input type="checkbox"/> 32倍 <input type="checkbox"/> 64倍 <input type="checkbox"/> 128倍 <input type="checkbox"/> 256倍 <input type="checkbox"/> 512倍以上
検査結果通知	<input type="checkbox"/> 検査結果連絡済(方法: _____)
備考欄	