

様式1

## 平成31年度北海道風しん抗体検査事業チェックシート

このチェックシートは抗体検査を行うにあたって事業対象者に該当するかどうか事前に判断しますので記載願います。

注：本事業は、札幌市、小樽市、函館市、旭川市以外の北海道在住の方が対象となります。

検査を受ける人の氏名	性別	生年月日
	男・女	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)
住所(市町村名のみ記載)		
当てはまるものにチェック(☑)してください。		
1 どの受検資格に該当しますか。		
<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する出産経験のない女性		
<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する出産経験がなく、かつ、風しん抗体ができない女性の配偶者 (事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む)		
<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する出産経験がなく、かつ、風しん抗体ができない女性の同居者		
<input type="checkbox"/> 妊婦(風しんの抗体価が低い)の配偶者		
<input type="checkbox"/> 妊婦(風しんの抗体価が低い)の同居者		
<u>* 配偶者(同居者)との同時受検は補助対象外となります。</u>		
2 過去に抗体検査を受けたことがありますか。		
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あり		
3 過去に風しんの予防接種を受けたことがありますか。		
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あり		
4 過去に検査で確定診断を受けた風しんの罹患歴がありますか。		
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あり		

\* このチェックシートで知り得た個人情報、本事業以外には使用しないことを申し添えます。

このチェックシートで、ご不明な点がございましたら、下記にご照会願います。

北海道保健福祉部健康安全局地域保健課感染症・特定疾患グループ  
011-231-4111(内25-532)

平成31年度風しん抗体検査事業による補助は、  
平成32年3月16日までの検査実施(採血)分です。