

高松市風しん抗体検査問診票・ 風しん予防接種受診券送付票

(宛先) 高松市長

医療機関名 _____

「風しん抗体検査問診票」及び「風しん予防接種受診券」を送付します。

受付月	事業	問診票 (抗体検査) 受診券 (予防接種)	備考	
月分	抗体検査 (【様式第3号】の対象者)	枚		
	予防接種 (【様式第3号】の対象者)	枚	MR	枚
			単独	枚
	予防接種 (抗体価の低い方) ※1 (【様式第4号】の対象者)	枚	MR	枚
			単独	枚
	予防接種 (「追加的対策事業」の抗体検査受検者) ※2 (【様式第4号】の対象者)	枚	MR	枚
			単独	枚

※1 過去に風しんの抗体検査を受けた結果、十分な風しんの抗体がないと判明した方で、本事業で予防接種のみを受けた方については、「予防接種 (抗体価の低い方)」の欄に記入してください。

※2 「風しんの追加的対策事業」において、HI法による抗体検査で16倍以下又は、他の検査法でそれに相当する抗体価の方で、本事業で予防接種を受けた方については、「予防接種 (「追加的対策事業」の抗体検査受検者)」の欄に記入してください。