# 麻しん・風しん特別対策予防接種予診票交付申請書

江戸川区長殿　　令和　　年　　月　　日

“麻しん特別対策”または“風しん特別対策”の予診票の交付を申請します。

申請者　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＴＥＬ ＿＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿

被接種者との続柄　□ 本人　□ その他（　　）

<table>
<tr><td rowspan="4">①被接種者<br>（予防接種を<br>受ける方）</td><td>ﾌﾘｶﾞﾅ<br>お名前</td><td colspan="2">※被接種者との続柄が本人の場合は記入不要</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="2">江戸川区</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="2">（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">②希望する制度</td><td colspan="3">※該当する制度について、②～⑤をご回答ください</td></tr>
<tr><td>□麻しん特別対策</td><td>□風しん特別対策</td></tr>
<tr><td>③申請理由</td><td>□19 歳以上である</td><td>19 歳以上であり、<br>□妊娠を希望している※妊娠中の方は接種できません<br>□同居の女性が妊娠を希望している<br>□同居の女性が妊娠中である</td></tr>
<tr><td>④ 抗体検査<br>結果・実施日</td><td>□麻しんの抗体価が基準値を下回る<br>ＥＩＡ法EIA価 16.0 未満<br>ＰＡ 法:128 倍以下<br>中和法:4倍以下 等<br>（実施日：　　年　　月　　日）</td><td>□風しんの抗体価が基準値を下回る<br>EIA法:EIA価 8.0 未満<br>ＨＩ 法:16 倍以下 等<br>（実施日：　　年　　月　　日）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">⑤確認事項</td><td>過去に麻しんにかかったことがありますか<br>（ はい ・ いいえ(わからない)）<br>※「はい」の場合は接種費用助成の対象外です</td><td>過去に風しんにかかったことがありますか<br>（ はい ・ いいえ(わからない)）<br>※「はい」の場合は接種費用助成の対象外です</td></tr>
<tr><td colspan="2">過去に MR ワクチン(麻しん・風しん単体含む)を2回以上接種したことがありますか<br>（ はい ・ いいえ(わからない)）<br>※「はい」の場合は接種費用助成の対象外です</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">職員記入欄</td></tr>
<tr><td>□本人確認書類の確認<br>□(代理人の場合)委任状確認<br>□②～⑤対象要件確認<br>（又は、旧予診票原本確認）<br>□麻しん特別対策・風しん特別対策の接種記録なし<br>□MR混合ワクチンの接種記録が2回未満<br>※風しん特別対策は風しん単体、麻しん特別対策は麻しん単体の接種記録含む</td><td>受付者</td></tr>
</table>