

# 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

年 月 日

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 (予防接種を 受ける方)	フリガナ お名前	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	男・女
	生年月日	S ・ H                      年                      月                      日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 江戸川区 TEL                      (            )	
申請理由	<input type="checkbox"/> 自身の妊娠を予定・希望している ※妊娠中の方は接種できませんのでご注意ください <input type="checkbox"/> 同居の女性が妊娠を予定・希望している <input type="checkbox"/> 同居の女性が妊娠中		
これまでに風しんに罹患したことがありますか。 (血液検査等で確実に風しんであったと診断されたこと)  はい            ・            いいえ            ・            わからない			

職員記入欄	
<input type="checkbox"/> 身分証確認 <input type="checkbox"/> 抗体検査結果確認 (又は旧予診票原本確認) <input type="checkbox"/> (代理人の場合) 委任状確認 <input type="checkbox"/> 年齢・生年月日確認 <input type="checkbox"/> 罹患歴確認 <input type="checkbox"/> 風しん特別対策接種歴確認	受付者     