

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	西暦 年 月 日		
フリガナ			西暦
受検者署名 (氏名)	男・女		年 月 日生 ()歳
住 所	〒 ー 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※ <input type="checkbox"/> (3)妊婦の配偶者※ ※配偶者については内縁関係を含む		
	(2)・(3)の方は配偶者の名前を記載してください。 <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>		

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	HI法
検査結果	<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:)