別紙様式１

鳥取県麻しん抗体価検査受検申込（問診）書

検査を希望される方は、以下の質問について、該当するものを〇でお囲みください。
※鳥取県内在住（小学校就学前の者を除く。）で、「受検対象者」に該当された方のみ受検申込みを行うことができます。

＜受検資格確認＞

1	麻しんワクチン接種２回未了者又は接種歴不明者である。

↓ はい

2	過去に麻しん抗体価検査を受けたことがある。または既往歴がある。

はい → 無料検査の対象外
↓ いいえ・わからない

3	以下①～⑤のいずれかに当てはまる。 （当てはまるものに〇をつけください） ① 海外渡航予定者 ② ０歳児の同居者（※１） ③ 妊婦の配偶者（※２）などの同居者（※１） ④ 妊娠を希望する女性 ⑤ 妊娠を希望する女性の配偶者（※２）などの同居者（※１） ※１：同居者とは、居住する空間を同一にする頻度が高い者 ※２：配偶者には、婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様にある者を含む。

いいえ → 無料検査の対象外
↓ はい

無料検査の対象者

※以下の申込者記入欄に必要事項をご記入ください

年　月　日

倉吉保健所長　様

以下に掲げる承認事項について承諾の上、鳥取県麻しん抗体価検査の受検を申し込みます。

〇受検申込者記入欄　※自署で記入願います。

フリガナ		住　所	
氏　名	（男・女）		
生年月日	年　月　日（満　歳）		電話番号（　　）　－

□郵送による検査結果の送付を希望します。

〇保護者記入欄
※受検申込者が 16 歳未満の場合は、原則、保護者の同意（自署）、同伴をお願いいたします。
（ただし、13 歳以上で保護者の同意（自署）がある場合は、同伴は不要です。）

フリガナ		続柄	
氏　名			

（承認事項）
県が検査結果を個人が特定されない形で各種統計情報としてとりまとめ、傾向分析及び国への報告等に活用すること。（個人を特定できる形で検査結果を公表することはありません。）

血液曝露事故に関わる検査協力	（□にレ印を入れること） 〇検査の必要性につき説明を受け、内容を理解した上で下記の項目の検査に協力することを同意します。 □ Ｂ型肝炎ウイルス(HBV)　□ Ｃ型肝炎ウイルス(HCV)　□ エイズウイルス(HIV) 〇血液検査結果報告の希望の有無 □ 希望する　□ 希望しない