

実施医療機関へ提出してください。

## 多摩市風しん特別接種申込書 ※19歳以上の多摩市民

フリガナ							
氏名							
生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	
申込区分	1 妊娠希望女性 ・ 2 妊婦の同居者 ・ 3 妊娠希望女性の同居者						

以下の3点について確認の上チェック☑してください。  
一つでも当てはまらなければ、特別接種の対象となりません。

風しん抗体検査により、抗体保有が十分でないこと（HI抗体価16倍以下、又はEIA価8.0未満）が確認できています。

※予防接種を受ける医療機関以外で既に抗体検査を受けている場合は、検査結果（検査から長期間あいていても可）を予防接種実施医療機関の窓口へ提示してください。検査結果をお持ちでない場合は、再度、抗体検査を実施医療機関で受けてください。

風しん含有ワクチンの予防接種を2回以上受けていません。（不明な場合は☑）

（麻しん風しん混合(MR)ワクチン  
風しん単抗原ワクチン  
麻しん風しんおたふくかぜ混合(MMR)ワクチン を含めた接種回数）

過去にこの事業で予防接種を受けていません。（不明な場合は☑）

【以下の2点については、女性のみ記載してください。】

現在妊娠していません。

※不明な場合は妊娠しているかどうか確認してください。妊娠中は接種できません。

予防接種後、2か月間は妊娠を避ける必要があることを理解しました。

※この任意接種において健康被害が生じた場合は、「独立行政法人医薬品医療機器総合機構法」による救済制度の対象となります。

以上により、風しん特別接種を希望します。また、この様式が市に提出されることに同意します。

（原則：麻しん風しん混合ワクチン）

年 月 日

住所 多摩市

(接種を希望している方)

被接種者署名

電話番号

(成人用) 麻しん風しん混合予防接種予診票に添付