

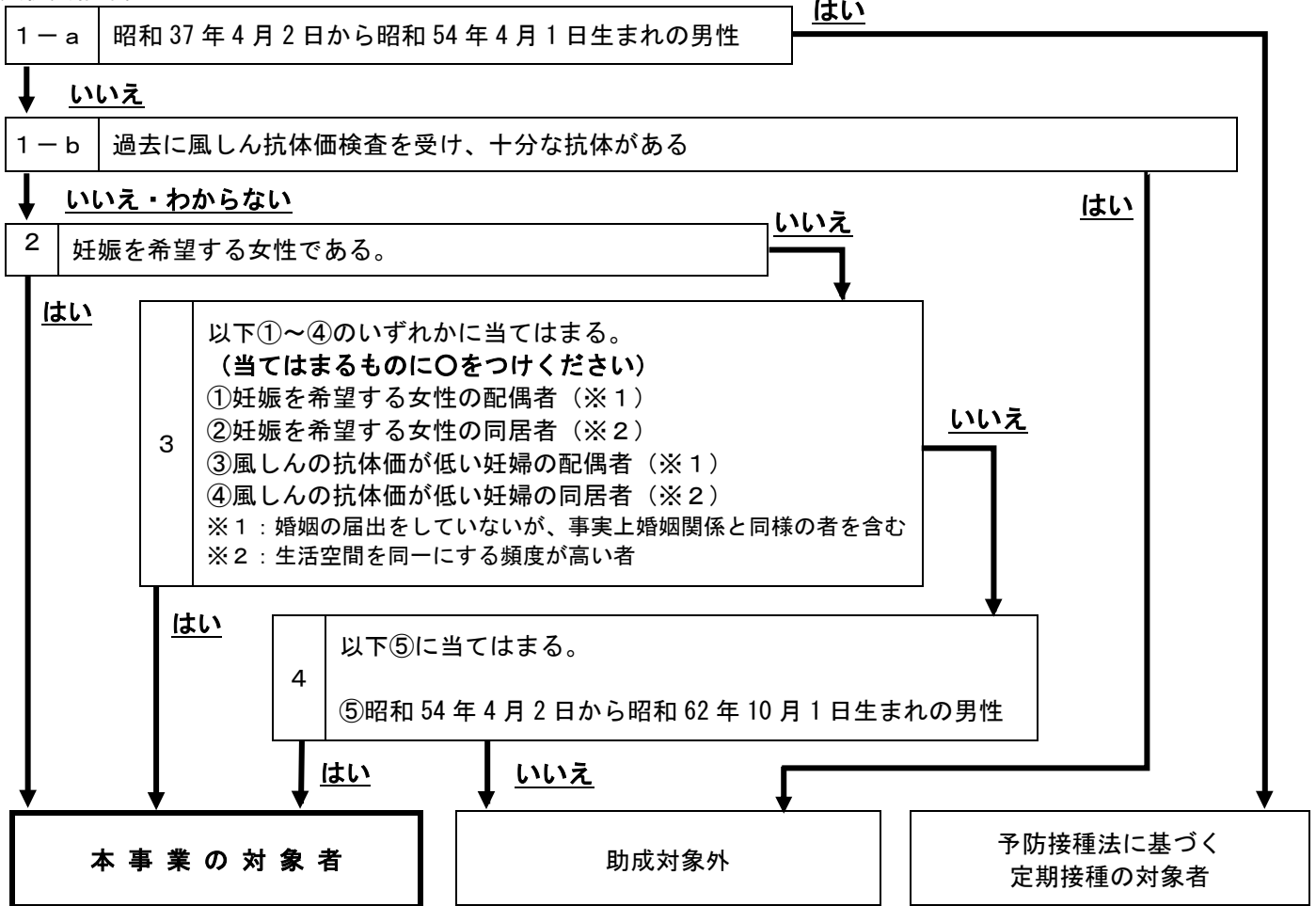
(別紙様式1)

### 鳥取市保健所風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○でお囲みください。

※鳥取県内在住で、以下の「本事業の対象者」に該当された方のみ受診申込みを行うことができます。

#### <受検資格確認>



※以下の申込者記入欄に必要事項をご記入ください

※本事業の対象者ではありません。各市町村が発行するクーポン券をご利用ください

鳥取市保健所長 様

年 月 日

以下に掲げる承認事項①と②を承諾の上、鳥取市保健所風しん抗体価検査の受検を申し込みます。

#### ○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( )	-

#### (承認事項)

①医療機関が検査結果を事業実施主体である鳥取市へ報告すること。②鳥取市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。)

#### ○検査結果(医療機関記入欄)

H I 法 : \_\_\_\_\_ 倍 (基準値 : 32 倍)  
 E I A 法 (ウイルス抗体 EIA 「生検」 ルペラ IgG (テノカ生検株式会社)) : \_\_\_\_\_ (基準値 : 8.0)  
 E I A 法 (エンザイグノスト B 風疹/IgG (シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社)) : \_\_\_\_\_ IU/ml (基準値 : 30IU/ml)  
 その他 : \_\_\_\_\_ (検査方法 : \_\_\_\_\_)  
 医療機関名 : \_\_\_\_\_ 担当医 : \_\_\_\_\_

(令和5年4月1日改正版)