

様式第2号（第4条関係）

風しん予防接種確認書

被 接 種 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日

風しん抗体検査について

風しん抗体検査値 (測定値)	H I 検査 ()
	E I A 検査 ()
	その他検査 ()
風しん抗体検査判定結果 (A、Bいずれかに○印)	A 風しんの抗体価がないか、感染予防に十分な抗体を持っていないと考えられます。
	B 風しんの感染予防に十分な抗体を持っていると考えられます。
風しん抗体検査	判定日 年 月 日
	結果通知日 年 月 日
風しん抗体検査実施 医療機関名等	

風しん予防接種について

接種したワクチン (該当を○で囲む)	風しんワクチン ・ 麻しん風しん混合ワクチン
風しん予防接種日	年 月 日
風しん予防接種に要した費用	円

光市長 様

上記の者の風しん予防接種を実施しました。

医療機関名

医師名

印