

夫【横浜市各種検診問診票】*横浜市の方対象*

氏名

※横浜市在中の方のみに伺います。 当てはまるものに☑をお願いします。

◆横浜市風しん抗体検査

過去に風しん抗体検査をしたことがある

はい いいえ 分からない

※はい 分からない と答えた方は対象外となります。

過去2回以上麻しん・風しん(MR)ワクチン接種をしたことがある

はい いいえ 分からない

※はい 分からない と答えた方は対象外となります。

いいえと答えた方

当院での実施を希望する ※問診票の記入を案内します

当院での実施を希望しない ※他院での実施の場合、検査結果をご持参ください。

検査の結果、免疫が不十分だった場合、MR(麻しん・風疹混合)ワクチンの接種を

当院での接種を希望する 希望しない