

# 40歳～57歳男性へ

生年月日が昭和37年4月2日～  
昭和54年4月1日の男性

## 公費風しん抗体検査・風しん5期定期 予防接種が始まりました！

種別	風しん抗体検査	1	種別	風しん抗体検査	1	種別	風しん抗体検査	1
種別	〇〇県〇〇市	125456	種別	〇〇県〇〇市	125456	種別	〇〇県〇〇市	125456
氏名	0123456789	2019/4/1	氏名	0123456789	2019/4/1	氏名	0123456789	2019/4/1
住所	〒12345678901234567890	(〒12345678901234567890)	住所	〒12345678901234567890	(〒12345678901234567890)	住所	〒12345678901234567890	(〒12345678901234567890)
生年月日	12545678901254567		生年月日	12545678901254567		生年月日	12345678901234567	
種別	予防接種予診券	2	種別	予防接種予診券	2	種別	予防接種予診券	2
種別	〇〇県〇〇市	123456	種別	〇〇県〇〇市	123456	種別	〇〇県〇〇市	123456
種別	2,000円(税込)		種別	2,000円(税込)		種別	2,000円(税込)	
種別	〇円		種別	〇円		種別	〇円	
氏名	0123456789	2019/4/1	氏名	0123456789	2019/4/1	氏名	0123456789	2019/4/1
住所	〒12345678901234567890	(〒12345678901234567890)	住所	〒12345678901234567890	(〒12345678901234567890)	住所	〒12345678901234567890	(〒12345678901234567890)
生年月日	1234567890123456799999		生年月日	1234567890123456799999		生年月日	1234567890123456799999	
種別	予防接種券	3	種別	予防接種券	3	種別	予防接種券	3
種別	〇〇県〇〇市	125456	種別	〇〇県〇〇市	125456	種別	〇〇県〇〇市	125456
種別	10,000円(税込)		種別	10,000円(税込)		種別	10,000円(税込)	
種別	〇円		種別	〇円		種別	〇円	
氏名	0123456789	2019/4/1	氏名	0123456789	2019/4/1	氏名	0123456789	2019/4/1
住所	〒12345678901234567890	(〒12345678901234567890)	住所	〒12345678901234567890	(〒12345678901234567890)	住所	〒12345678901234567890	(〒12345678901234567890)
生年月日	1234567890125456799999		生年月日	1234567890125456799999		生年月日	1234567890125456799999	



クーポン券がご自宅に郵送されます。

風しんは免疫抗体のない人に広がり、胎児に深刻な障害を残します。対象の方は期間内に限り、自己負担なく抗体検査と予防接種が受けられます。

## 当院 感染症予防外来では

予約にて風しんに対する抗体検査を実施し、必要に応じ麻しん・風しん混合ワクチンを用意します。

上記対象でなくても有料で受けることができます。ご相談下さい。

電話 991-3111(代表)から 予約センターへ

『風しん抗体検査希望』とお伝え下さい。

月曜から土曜日まで予約枠を用意しております

クーポンと  
身分証明  
必須

総合上飯田第一病院  
感染症予防外来

2019年4月