

風しん抗体検査申込票

＜医療機関記入欄＞

受付番号	受 付 日	年 月 日
番	結 果 説 明 日	年 月 日
要件確認欄	健康保険証 ・ 運転免許証 ・ 母子手帳 ・ その他	

＜受検者記入欄＞

氏名	生年月日	年 月 日
	年齢（ ）歳	性別 男・女
※県内市町村（千葉市・船橋市・柏市を除く）に居住地のある方が対象となります。		
住所 市・郡 町・村		
(電話番号) 自宅： — — 携帯： — —		
対 象 者 要 件	妊娠を希望する女性（ ☒ にチェック）	同居者（ ☒ にチェック）
	1 ☐ 県内市町村に居住地（千葉市・船橋市・柏市を除く）を有している	1 ☐ 県内市町村に居住地（千葉市・船橋市・柏市を除く）を有している
	2 ☐ 妊娠を希望する女性	2 ☐ 同居者に、妊娠を希望する女性又は風しんの抗体価が低い（HI 法で 32 倍未満、EIA(IgG) 法で 8.0 未満）妊婦がいる
	3 ☐ 過去に風しんの抗体検査を受けたことがないまたは、十分な風しんの免疫保有を確認できていない（十分な免疫：EIA 法 8.0 以上、HI 法 32 倍以上）	3 ☐ 過去に風しん抗体検査を受けたことがない、または、十分な風しんの免疫保有を確認できていない（十分な免疫：同左）
	4 ☐ 過去に検査により風しんと診断されたことがない	4 ☐ 過去に検査により風しんと診断されたことがない
—受検者署名欄—		
私は、上記の 1 ～ 4 の全項目の条件を満たす対象者となりますので、風しん抗体検査を申し込みます。		
本人自署： _____		

＜医療機関記入欄＞

—結 果—	
風しん抗体検査（EIA 法）： ☐ 陰性 ☐ 判定保留 ☐ 陽性（8.0 未満） ☐ 陽性（8.0 以上） （HI 法）： ☐ 陰性 ☐ 陽性（8 倍・16 倍） ☐ 陽性（32 倍以上）	
検査結果及び予防接種の必要性についての説明 → ☐ 説明済 ☐ 説明未実施	
※ 予防接種必要者 → 予防接種 ☐ 未実施（理由： ☐ 妊娠 ☐ 来所せず ☐ その他） ☐ 実施（予定）日（ 年 月 日）	
医療機関名：	
住 所：	
電 話：	担当医： _____

風しん抗体検査申込票

＜医療機関記入欄＞

受付番号 番	受 付 日	年 月 日
	結 果 説 明 日	年 月 日
要件確認欄	健康保険証 ・ 運転免許証 ・ ・ 母子手帳 ・ その他	

＜受検者記入欄＞

氏名		生年月日	年 月 日
		年齢（ ）歳	性別 男・女
※県内市町村（千葉市・船橋市・柏市を除く）に居住地のある方が対象となります。			
住所 市・郡 町・村			
(電話番号) 自宅： — — 携帯： — —			
対象者要件	妊娠を希望する女性（ ☒ にチェック）		同居者（ ☒ にチェック）
	1 ☐ 県内市町村に居住地（千葉市・船橋市・柏市を除く）を有している		1 ☐ 県内市町村に居住地（千葉市・船橋市・柏市を除く）を有している
	2 ☐ 妊娠を希望する女性		2 ☐ 同居者に、妊娠を希望する女性又は風しんの抗体価が低い（HI 法で 32 倍未満、EIA(IgG) 法で 8.0 未満）妊婦がいる
	3 ☐ 過去に風しんの抗体検査を受けたことがないまたは、十分な風しんの免疫保有を確認できていない（十分な免疫：EIA 法 8.0 以上、HI 法 32 倍以上）		3 ☐ 過去に風しん抗体検査を受けたことがない、または、十分な風しんの免疫保有を確認できていない（十分な免疫：同左）
	4 ☐ 過去に検査により風しんと診断されたことがない		4 ☐ 過去に検査により風しんと診断されたことがない
－受検者署名欄－			
私は、上記の 1 ～ 4 の全項目の条件を満たす対象者となりますので、風しん抗体検査を申し込みます。			
本人自署： _____			

＜医療機関記入欄＞

－結 果－	
風しん抗体検査（EIA 法）： ☐ 陰性 ☐ 判定保留 ☐ 陽性（8.0 未満） ☐ 陽性（8.0 以上） （HI 法）： ☐ 陰性 ☐ 陽性（8 倍・16 倍） ☐ 陽性（32 倍以上）	
検査結果及び予防接種の必要性についての説明 → ☐ 説明済 ☐ 説明未実施	
※ 予防接種必要者 → 予防接種 ☐ 未実施（理由： ☐ 妊娠 ☐ 来所せず ☐ その他） ☐ 実施（予定）日（ 年 月 日）	
医療機関名：	
住 所：	
電 話：	担当医： _____

風しん抗体検査申込票

＜医療機関記入欄＞

受付番号 番	受 付 日	年 月 日
	結 果 説 明 日	年 月 日
要件確認 欄	健康保険証 ・ 運転免許証 ・ 母子手帳 ・ その他	

＜受検者記入欄＞

氏名	生年月日	年 月 日
	年齢 () 歳	性別 男・女
※県内市町村（千葉市・船橋市・柏市を除く）に居住地のある方が対象となります。		
住所	市・郡	町・村
(電話番号) 自宅： — — 携帯： — —		

＜推奨される風しん抗体価（EIA 法 IgG・HI 法）の考え方＞

抗体価		妊娠を希望する女性	妊娠を希望する女性の同居者
EIA 法 IgG	HI 法	抗体価の低い妊婦の同居者	
陰性又は判定保留	8 倍未満	免疫を保有していないため、風しん含有ワクチンの接種を推奨します。	免疫を保有していないため、風しん含有ワクチンの接種を推奨します。
陽性(EIA 価 8.0 未満又は国際単位①30IU/ml 未満、国際単位②45IU/ml 未満)	8 倍・16 倍	過去の感染や予防接種により風しんの免疫はありますが、風しんの感染予防に不十分です。そのため、感染によりお腹の赤ちゃんなどへ影響が生じる可能性があります。確実な予防のため、風しん含有ワクチンの接種を推奨します。	過去の感染や予防接種により風しんの免疫があり、風しんの発症や重症化を予防できると考えられます。確実な予防のため、風しん含有ワクチンの接種を希望される方は、かかりつけ医等と接種についてよくご相談ください。
陽性(EIA 価 8.0 以上又は国際単位①30IU/ml 以上、国際単位②45IU/ml 以上)	32 倍以上	風しん含有ワクチンの接種は、基本的に必要はありません。風しんの感染予防に十分な免疫を保有していると考えられます。	風しんの感染予防に十分な免疫を保有していると考えられます。風しん含有ワクチンの接種は、基本的に必要はありません。

※ H26.2 厚生労働省「予防接種が推奨される風しん抗体価について」（EIA 法・HI 法）

＜検査結果＞

風しん抗体検査（EIA 法）： ☐ 陰性 ☐ 判定保留 ☐ 陽性（8.0 未満） ☐ 陽性（8.0 以上） （HI 法）： ☐ 陰性 ☐ 陽性（8 倍・16 倍） ☐ 陽性（32 倍以上）
※ 1 回の予防接種で 95%の方が免疫を獲得します。また、2 回の予防接種を受けることにより、免疫を獲得することがより確実（約 99%）となります。 予防接種は、麻しん対策も考慮して「麻しん風しん混合ワクチン」を推奨します。
医療機関名： 住 所： 電 話： 担当医：_____

本検査結果通知書は、大切に保管して下さい。必要に応じて、検査後の予防接種状況について電話等で確認させていただきます。