風しん抗体検査申込票

<医療機関記入欄>

受付番号			受		付		目			年	月	月	
	番		結	果	説	明	日			年	月	日	
要件確認欄	健康保険記	E •	運転	免許	干証	•	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								
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 2 □ 妊娠を希望する女性 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) 4 □ 過去に検査により風しんと診断されたことがない	 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□ 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 							
一受検者署名欄一 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>								

• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	果- ん抗体検査	(EIA 法): □陰性 (HI 法): □陰性	–)
12 (防接種の必要性につ 注者 → 予防接種 □	>-> +	由:□妊娠	辰 □来所せ	ず □その他)	
医療 住 電	幾関名: 所: 話:		担	l当医:			

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	• 運転兒	色許証 •	母子目	手帳・	その他			

<受検者記入欄>

 氏名 生年月日 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。 市・郡 町・村 できているな性(②にチェック) 同居者(②にチェック) 「世城を希望する女性(②にチェック) 同居者(②にチェック) 「中間では、一次様子・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	、文快有記八懶/	
※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: 妊娠を希望する女性(☑にチェック) 同居者(☑にチェック) 「□ 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 「過去に風しんの抗体検査を受けたことがない。」できていない(十分な免疫: EIA 法 8.0以上、HI 法 32 倍以上) 「回去に検査により風しんと診断されたことがない。ない。」に、対していない(十分な免疫: 同左) 「受検者署名欄ー 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。	氏名	生年月日 年 月 日
(電話番号) 自宅: 携帯: 妊娠を希望する女性(☑にチェック) 同居者(☑にチェック)		年齢()歳 性別 男・女
(電話番号) 自宅: 携帯: 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 2□ 妊娠を希望する女性 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) 4□ 過去に検査により風しんと診断されたことがないない、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ない、上、HI 法 32 倍以上) 4□ 過去に検査により風しんと診断されたことがない、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、または、十分な風しんと診断されたことがない。 場上に検査により風しんと診断されたことがない。 過去に検査により風しんと診断されたことがない。 しん抗体検査を申し込みます。	※県内市町村(千葉市・船橋市・柏市を除く)に居住	E地のある方が対象となります。
妊娠を希望する女性 (図にチェック) 同居者 (図にチェック) 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 ②□ 妊娠を希望する女性 2 □ 妊娠を希望する女性 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) 4 □ 過去に検査により風しんと診断されたことがない。 一受検者署名欄 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。	住所 市・郡 町・村	†
妊娠を希望する女性 (図にチェック) 同居者 (図にチェック) 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 ②□ 妊娠を希望する女性 2 □ 妊娠を希望する女性 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) 4 □ 過去に検査により風しんと診断されたことがない。 一受検者署名欄 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。		
対 ま	(電話番号) 自宅: - 携	带:
対 を除く)を有している 2 □ 妊娠を希望する女性	妊娠を希望する女性(☑にチェック)	同居者(☑にチェック)
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。	対 を除く)を有している 2 □ 妊娠を希望する女性 者 要	 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
ます。		
		者となりますので、風しん抗体検査を申し込み
本人自署:	ます。	
		本人自署:

<医療機関記入欄>
一結 果一
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	受 付 日	年	月	目
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	
住所 市・郡 町・村	†
(電話番号) 自宅: - 携	带: — — —

<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② 45IU/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② 45IU/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)

く検査結果>

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)	ı
*	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	的99%) となり	ます。		
	予防接種は	、麻しん対策も考慮して	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	l当医:		