

### 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	
ー受検者署名欄ー 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。 本人自署： _____		

<医療機関記入欄>

ー結 果ー 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 (必ず記載願います。※) → □説明済 □説明未実施 (□説明予定日 (年 月 日) □来所せず □その他 ( )) 予防接種必要者 → 予防接種 □未実施 (理由：□妊娠 □その他 ( )) □実施日又は□予定日 (年 月 日)
※検査結果説明が請求期限までに間に合わない場合は、「説明未実施」とし、検査実施月の翌月末日までのご請求を優先してください。
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
ー受検者署名欄ー 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。 本人自署： _____		

<医療機関記入欄>

ー結 果ー 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 (必ず記載願います。※) → □説明済 □説明未実施 (□説明予定日 (年 月 日) □来所せず □その他 ( )) 予防接種必要者 → 予防接種 □未実施 (理由: □妊娠 □その他 ( )) □実施日又は□予定日 (年 月 日)
※検査結果説明が請求期限までに間に合わない場合は、「説明未実施」とし、検査実施月の翌月末日までのご請求を優先してください。
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＞

<p>風しん抗体検査（EIA 法）：<input type="checkbox"/>陰性 <input type="checkbox"/>判定保留 <input type="checkbox"/>陽性（8.0 未満）<input type="checkbox"/>陽性（8.0 以上）</p> <p>（HI 法）：<input type="checkbox"/>陰性 <input type="checkbox"/>陽性（8 倍・16 倍） <input type="checkbox"/>陽性（32 倍以上）</p> <p>※ 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。</p> <p>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。</p> <p>医療機関名： 住 所： 電 話： 担当医：_____</p>
---

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。