

### 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 : _____