

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： _____