様式２

「県疾病対策課控」

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 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

－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：＿＿＿＿＿＿＿＿