

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 ・ パスポート ・ 母子手帳 (受検者・配偶者) ・ 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	女性 (☑にチェック)	男性 (☑にチェック)
	1 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性（19歳以下で未婚の方は保護者同意が必要）	2 <input type="checkbox"/> 配偶者（事実婚を含む）は、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）妊婦である
	3 <input type="checkbox"/> 過去に風しん抗体検査を受けたことがない	3 <input type="checkbox"/> 過去に風しん抗体検査を受けたことがない
	4 <input type="checkbox"/> 過去に風しんの予防接種をうけたことがない	4 <input type="checkbox"/> 過去に風しんの予防接種をうけたことがない
	5 <input type="checkbox"/> 過去に風しんにかかったことがない	5 <input type="checkbox"/> 過去に風しんにかかったことがない
- 受検者署名欄 -		
私は、上記の1～5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： _____		
(19歳以下で未婚の方は保護者自署)		
保護者自署： _____		

<医療機関記入欄>

- 結 果 -	
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)	
検査結果及び予防接種の必要性について説明しました。	
医療機関名 :	
住 所 :	
電 話 :	担当医 : _____
※ 予防接種必要者 → 予防接種【未実施・実施 (予定) 日 ( 年 月 日)】	

### 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 ・ パスポート ・ 母子手帳 (受検者・配偶者) ・ 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	女性 (☑にチェック)	男性 (☑にチェック)
	1 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性（19歳以下で未婚の方は保護者同意が必要）	2 <input type="checkbox"/> 配偶者（事実婚を含む）は、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）妊婦である
	3 <input type="checkbox"/> 過去に風しん抗体検査を受けたことがない	3 <input type="checkbox"/> 過去に風しん抗体検査を受けたことがない
	4 <input type="checkbox"/> 過去に風しんの予防接種をうけたことがない	4 <input type="checkbox"/> 過去に風しんの予防接種をうけたことがない
	5 <input type="checkbox"/> 過去に風しんにかかったことがない	5 <input type="checkbox"/> 過去に風しんにかかったことがない
—受検者署名欄—		
私は、上記の1～5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： _____		
(19歳以下で未婚の方は保護者自署)		
保護者自署： _____		

＜医療機関記入欄＞

—結 果—	
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）	
検査結果及び予防接種の必要性について説明しました。	
医療機関名：	
住 所：	
電 話：	担当医： _____
※ 予防接種必要者 → 予防接種【未実施・実施（予定）日（ 年 月 日）】	

## 風しん抗体検査結果通知書

### ＜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 ・ パスポート ・ 母子手帳 (受検者・配偶者) ・ 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）の考え方＞

抗体価（EIA法 IgG）	妊娠を希望する女性 抗体価の低い妊婦の配偶者（男性）	妊娠を希望する女性の配偶者（男性）
陰性又は判定保留	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）	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）	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。	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）

### ＜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）

※ 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。

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。

医療機関名： \_\_\_\_\_

住 所： \_\_\_\_\_

電 話： \_\_\_\_\_ 担当医： \_\_\_\_\_

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。