

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 <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	2 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 過去に検査により風しんと診断されたことがない	4 <input type="checkbox"/> 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) :	<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)
(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)
検査結果及び予防接種の必要性についての説明 →	<input type="checkbox"/> 説明済 <input type="checkbox"/> 説明未実施
※ 予防接種必要者 → 予防接種	<input type="checkbox"/> 未実施 (理由： <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 来所せず <input type="checkbox"/> その他)
	<input type="checkbox"/> 実施 (予定) 日 (年 月 日)
医療機関名 :	
住 所 :	
電 話 :	担当医： _____