

### 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
<p>—受検者署名欄—</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">本人自署： _____</p>		

<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)
	(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 : _____

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	
<p>－受検者署名欄－</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">本人自署： _____</p>		

<医療機関記入欄>

<p>－結 果－</p> <p>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)</p> <p>(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)</p> <p>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</p> <p>※ 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)</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>実施 (予定) 日 ( 年 月 日)</p> <p>医療機関名 : _____</p> <p>住 所 : _____</p> <p>電 話 : _____</p> <p style="text-align: right;">担当医 : _____</p>	
---	--

### 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： — —

<推奨される風しん抗体価（EIA法 IgG・HI法）の考え方>

抗体価		妊娠を希望する女性	妊娠を希望する女性の同居者
EIA法 IgG	HI法	抗体価の低い妊婦の同居者	
陰性又は判定保留	8倍未満	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)	8倍・16倍	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)	32倍以上	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・HI法)

<検査結果>

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) (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)
※ 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。