

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 <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		
-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):	<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: _____