

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
※水戸市に住民登録が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☐ 水戸市に住民登録がある	1☐ 水戸市に住民登録がある
	2☐ 妊娠を希望している (19 歳以下で未婚の方は保護者の同意が必要)	2☐ 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) 妊婦の配偶者又は同居人である
	3☐ 過去に風しん抗体検査 (妊婦健康診査を含む) を受けたことがない	3☐ 過去に風しん抗体検査を受けたことがない
	4☐ 過去に風しんにかかったことがない	4☐ 過去に風しんにかかったことがない
	5☐ 過去に風しんの予防接種を受けたことがない	5☐ 過去に風しんの予防接種を受けたことがない
	6☐ 昭和 37 年 4 月 2 日から昭和 54 年 4 月 1 日生まれでない	
— 受検者署名欄 —		
私は, 上記の 1~5 (男性は 1~6) 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。なお, ワクチン接種を推奨された方に対し, その後の予防接種実施状況について, 確認されることに同意します。 (19 歳以下で未婚の方は保護者自署)		
本人自署: _____	保護者自署: _____	

<医療機関記入欄>

— 結 果 — 風しん抗体検査		
	HI 法 (EIA 法)	判定
<input type="checkbox"/>	8 倍未満 (陰性 又は判定保留)	免疫を保有していないため, <u>風しん含有ワクチン接種を推奨します。</u>
<input type="checkbox"/>	8 倍・16 倍 (8.0 未満)	風しんの免疫はありますが, 確実な予防には不十分です。 確実な予防のため, <u>風しん含有ワクチンの接種を推奨します。</u>
<input type="checkbox"/>	32 倍以上 (8.0 以上)	感染予防に十分な免疫を保有していると考えられます。
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: _____

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
※水戸市に住民登録が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： — —		

＜風しん抗体の考え方＞

抗体価 (HI 法)	抗体価 (EIA 法 IgG)	判定
8 倍未満	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。
8 倍・16 倍	陽性 (EIA 価 8.0 未満又は国際単位① 30IU/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がありますが、確実な感染予防には不十分です。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。 (妊娠を希望する女性の配偶者・同居人については、かかりつけ医と相談のうえ、ワクチン接種を検討してください。)
32 倍以上	陽性 (EIA 価 8.0 以上又は国際単位① 30IU/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。

※ 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」

＜検査結果＞

	HI 法 (EIA 法)	判定
<input type="checkbox"/>	8 倍未満 (陰性又は判定保留)	免疫を保有していないため、 <u>風しん含有ワクチン接種を推奨します。</u>
<input type="checkbox"/>	8 倍・16 倍 (8.0 未満)	風しんの免疫はありますが、確実な予防には不十分です。確実な予防のため、 <u>風しん含有ワクチンの接種を推奨します。</u>
<input type="checkbox"/>	32 倍以上 (8.0 以上)	感染予防に十分な免疫を保有していると考えられます。

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： _____

本検査結果通知書は、大切に保管して下さい。