

埼玉県風しん抗体検査申込書兼検査結果通知書

- 注意事項: 1 検査日時時点でさいたま市、川越市及び越谷市を除く県内市町村に住民登録がある方がこの事業の助成を受けられます。
- 2 当事業で助成の対象となる検査は平成28年3月31日までに実施した検査です。
- 3 下記の本人記入欄及び本人確認欄に記載いただくことを医療機関で確認するため、**健康保険証、生活保護受給証、運転免許証、パスポート、住民票**のいずれかを医療機関の窓口へ提示してください。
- また、低抗体価の妊婦の配偶者である場合は、妊婦の方の**母子手帳**も提示してください。

本人記入欄

検査日時地点の住所	埼玉県 (市・町・村)		
	(電話)		
氏名	フリガナ	生年月日	S・H 年 月 日
		年齢	()歳

本人確認欄

女性	男性
ア 検査日時時点で埼玉県内の市町村(さいたま市、川越市及び越谷市は除く。)に住民登録がある。	ア 検査日時時点で埼玉県内の市町村(さいたま市、川越市及び越谷市は除く。)に住民登録がある。
イ 妊娠を希望する女性である。	イ 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妊婦である。
ウ 年齢は16歳以上50歳未満である。	ウ 配偶者(事実婚を含む)の年齢は16歳以上50歳未満(妊婦は年齢不問)である。
エ 過去に風しん抗体検査を受けたことがない。 (過去に妊婦健診等で風しん抗体検査を受けた方は当事業の検査は受けられません。)	エ 過去に風しん抗体検査を受けたことがない。(過去に風しん抗体検査を受けた方は当事業の検査は受けられません。)
オ 過去に風しんの予防接種を受けたことがない。	オ 過去に風しんの予防接種を受けたことがない。
カ 過去に風しんにかかったことがない。	カ 過去に風しんにかかったことがない。
私は、上記のア、イ、ウ、エ、オ、カの全項目の条件を満たしていますので、風しん抗体検査を申し込みます。	
検査申込日:平成 年 月 日 検査申込者署名: _____	

医療機関確認欄

上記の「本人記入欄」の記載事項(住所、氏名、生年月日、年齢)は、健康保険証、生活保護受給証、運転免許証、パスポート、住民票のいずれかで確認しました。また、「本人確認欄」のうち妊婦が低抗体価(HI法で32倍未満)であることについては、妊婦の母子手帳で確認しました。上記の「本人確認欄」(風しんの検査歴・予防接種歴・既応歴)については問診等で確認しました。

検査実施医療機関名: _____

検査はHI法を原則とする

医療機関記入欄

※検査結果判明後、下表を記入の上、検査申込者に予防接種の必要性について説明してください。説明後、この用紙をコピーして、検査申込者に交付してください。(原本は医療機関が保管)

性別	女性				男性(妊娠を希望する女性の配偶者)					
	男性(抗体価が低い妊婦の配偶者)									
抗体価 (数値を記入)	HI法		EIA(IgG)法		HI法			EIA(IgG)法		
	___倍		___		___倍			___		
抗体価 (数値区分選択)	□32倍未満	□32倍以上	□8.0未満	□8.0以上	□8倍未満	□8、16倍	□32倍以上	□陰性又は判定保留	□8.0未満の陽性	□8.0以上の陽性
	風しん予防接種の必要性	□免疫が不十分なため、予防接種を推奨します。	□十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。	□免疫が不十分なため、予防接種を推奨します。	□十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。	□免疫が不十分なため、予防接種を推奨します。	□発症や重症化を予防できる免疫があります。確実な予防を希望される方は予防接種を医師にご相談ください。	□十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。	□免疫が不十分なため、予防接種を推奨します。	□発症や重症化を予防できる免疫があります。確実な予防を希望される方は予防接種を医師にご相談ください。

検査結果及び予防接種の必要性について説明しました。

担当医師署名欄: _____