様式１

**「風しん抗体検査委託医療機関控」**

**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 ・ パスポート ・ 母子健康手帳 （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 |
| 県内市町村に居住している方が対象。（※水戸市民は水戸市事業の対象となるため、対象外）  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□ 県内市町村に居住している  ２□ 妊娠を希望している（未成年で未婚の方は保護者の同意が必要）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）妊婦の同居者である  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  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 | | | １□ 県内市町村に居住している  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者である  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  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。　　　　　　　　　　　　　　　（未成年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 | | □ | 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接種を推奨します。 | | □ | ８倍・16倍  （8.0未満） | 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、風しん含有ワクチンの接種を推奨します。 | | □ | 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。（予防接種を受けるかは検討）  □検査結果及び予防接種の必要性について説明し、予防接種を実施しました。  医療機関名：  住　　　所：  電　　　話：　　　　　　　　　　　　　　　担当医： | | | | | | | |