

風しん抗体検査申込（問診）票

検査日	年 月 日	結果通知日	年 月 日
フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	年 月 日(歳)
住所	〒 —	連絡先	自宅： — — 携帯： — —
確認事項	① これまでに風しん抗体検査を受けたことがありますか。 いいえ ・ はい ② ①で「はい」と答えた方 ← 過去に抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体があると言われましたか？ いいえ ・ はい ※ 上記の確認において、検査を受けたことがあり、十分な風しんの抗体があることが判明している方はこの検査を受けることができません。		
検査対象	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含む）などの同居者（生活空間を同一にする頻度が高い者） <input type="checkbox"/> 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者		
受検者署名欄	・上記のとおり、風しん抗体検査を希望します。 ・この検査は先天性風しん症候群の予防のため、風しん抗体検査を行い、風しんの感受性を把握し、予防接種が必要か必要でないかを抽出することを目的としています。 ・このことを理解の上、本問診票が滋賀県（大津市）に報告されることに、同意します。 自 署： _____		
担当医署名欄	上記のとおり、先天性風しん症候群の予防のため、予防接種が必要である風しん感受性者を把握するため、風しん抗体検査を実施する。 なお、過去に風しん抗体検査を受検したことがあり、十分な量の風しんの抗体があることが判明していないことを本人に確認した。 医療機関名： _____ 住 所： _____ 担当医： _____		
結果	風しん抗体検査 <input type="checkbox"/> EIA 法 <input type="checkbox"/> HI 法 抗体価： _____ 上記検査結果について、受検者に対し通知し、必要事項を指導した。 <input type="checkbox"/> ワクチンの接種をお奨めします。 <input type="checkbox"/> ワクチンの接種は、基本的に必要ありません。 担当医： _____		

滋賀県風しん抗体検査結果書

様

1. 検査日： _____ 年 月 日

2. 風しん抗体検査の結果： EIA HI 法 抗体価 _____

3. ワクチンの接種をお奨めします。 ワクチンの接種は、基本的に必要ありません。

医療機関名： _____

検査結果は上記のとおりです。

住所： _____

年 月 日

担当医： _____