

様式第1号 ※平成31年6月1日以降は、昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性はクーポン券をご利用ください。

### 【千葉市】風しん抗体検査申込書

住所	千葉市 区	電話	— —
フリガナ		性別	生年月日
受ける人の氏名		(年齢)	年 月 日生 ( 歳)

質問事項	回答欄	医師記入欄
1. 風しん抗体検査を希望するすべての方にお聞きます。		
次のいずれかに✓をしてください。(複数該当する場合は、上部及び左部を優先してください) <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 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の同居家族 <input type="checkbox"/> 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者 <input type="checkbox"/> 風しんの抗体価が低い妊婦の同居家族 <input type="checkbox"/> 昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性		
今までに、検査により風しんにかかったと診断されたことがありますか。	はい いいえ	
過去に風しん抗体検査を受けた結果、十分な風しんの抗体があることが判明し、予防接種を行う必要がないことが明らかですか。	はい いいえ	
今日受ける検査の目的及び内容について理解しましたか。	はい いいえ	
2. 女性の方にお聞きます。		
現在妊娠している、または妊娠している可能性はありますか。	はい いいえ	

<b>申込者の記入欄</b>	
医師の説明を受け、検査の目的・方法などについて理解した上で、検査を受けることに同意しますか。(同意しない場合は、検査を実施できません。)	同意しません ・ 同意します

<b>医療機関の記入欄</b>			
上記内容を確認し、検査を実施しました。また、検査結果及び予防接種の必要性について説明しました。			
実施年月日	年 月 日	検査方法	HI法・EIA法・ELFA法・LTI法・CLEIA法・FIA法
検査結果(抗体価)	倍以下未満	単位	希釈倍率・EIA価・国際単位(IU/mL)・抗体価
※予防接種必要者 → 予防接種【 未定 ・ 実施(予定)日 ( 年 月 日)】※基準は裏面参照			
医療機関名	印 <input type="checkbox"/> 月～金の8時～18時又は土曜日の8時～12時に実施 <input type="checkbox"/> 上記以外の時間に実施		
医師氏名	医師本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		

### 【千葉市】風しん抗体検査 (医療機関控え)

氏名		生年月日	年 月 日生
実施年月日	年 月 日	検査方法	HI法・EIA法・ELFA法・LTI法・CLEIA法・FIA法
検査結果(抗体価)	倍以下未満	単位	希釈倍率・EIA価・国際単位(IU/mL)・抗体価

### 【千葉市】風しん抗体検査結果通知書 (申込者用)

氏名		生年月日	年 月 日生
医療機関名			
実施年月日	年 月 日	検査方法	HI法・EIA法・ELFA法・LTI法・CLEIA法・FIA法
検査結果(抗体価)	倍以下未満	単位	希釈倍率・EIA価・国際単位(IU/mL)・抗体価

※HI法で16倍以下、EIA-IgG法でEIA価8.0未満又は国際単位45IU/ml未満の方等は、感染予防のため麻しん風しん混合ワクチンの予防接種を受けることをお勧めします。

※本検査結果通知書は、大切に保管してください。必要に応じて、検査後の予防接種状況について電話等で確認させていただくことがあります。

予防接種対象の基準

測定キット名(製造販売元)	検査方法	抗体価の単位	予防接種の対象となる抗体価の基準	
			風しん第5期 定期予防接 種	千葉県MRワクチ ン予防接種費用助 成
風疹ウイルスHI試薬「生研」 (デンカ生研株式会社)	赤血球凝集抑制法 (HI法)	希釈倍率	8倍以下	16倍以下
R-HI「生研」 (デンカ生研株式会社)	赤血球凝集抑制法 (HI法)	希釈倍率	8倍以下	16倍以下
ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG (デンカ生研株式会社)	酵素免疫法 (EIA法)	EIA価	6.0未満	8.0未満
パイダス アッセイキットRUB IgG (シスメックス・ビオメリュー株式会社)	蛍光酵素免疫法 (ELFA法)	国際単位 (IU/mL)	25未満	45未満
エンザイグノストB風疹/IgG (シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社)	酵素免疫法 (EIA法)	国際単位 (IU/mL)	15未満	30未満
ランピア ラテックス RUBELLA (極東製薬工業株式会社)	ラテックス免疫比濁法 (LTI法)	国際単位 (IU/mL)	15未満	30未満
アクセスルベラ IgG (ベックマン・コールスター株式会社)	化学発光酵素免疫法 (CLEIA法)	国際単位 (IU/mL)	20未満	45未満
i-アッセイCL 風疹 IgG (株式会社保健科学西日本)	化学発光酵素免疫法 (CLEIA法)	抗体価	11未満	14未満
BioPlex MMRV IgG (ハイオ・ラット・ラボラトリーズ株式会社)	蛍光免疫測定法 (FIA法)	抗体価(AI)	1.5未満	3.0未満
BioPlex ToRC IgG (ハイオ・ラット・ラボラトリーズ株式会社)	蛍光免疫測定法 (FIA法)	国際単位 (IU/mL)	15未満	30未満