

【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	
受ける人の氏名		生年月日 (年齢)	昭和 平成 年 月 日生 (歳)

質問事項	回答欄	医師記入欄
◎女性の方にお聞きます。		
今後、妊娠を予定していますか。または妊娠することを希望していますか。	いいえ はい	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。	はい いいえ	
◎男性の方にお聞きます。		
配偶者(事実婚を含む)は、妊娠を希望している方、又は風しんの抗体価が低い(HI法で16倍以下、EIA(IgG)法で8.0未満)妊婦の方ですか。	いいえ はい	
◎風しん抗体検査を受けるすべての方にお聞きます。		
今までに、「風しんワクチン」、「麻しん・風しん混合ワクチン」のいずれかの予防接種または「風しんの抗体検査」を受けた、もしくは、医師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	
今日受ける検査の目的および内容について理解しましたか。	いいえ はい	

申込者の記入欄	
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

医療機関の記入欄					
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	平成 年 月 日	検査結果	HI法	8倍未満・8倍・16倍・左記以外(倍)	
検査方法 (どちらかにマル)	HI法・EIA-IgG法		EIA-IgG法	陰性・保留・EIA価()・国際単位(IU/ml)	
※予防接種必要者 → 予防接種【 未定 ・ 実施(予定)日(年 月 日)】					
医療機関名	医師本人が手書きしない場合は、記名押印してください。				
医師氏名					

【千葉市】風しん抗体検査(医療機関控え)

氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
実施年月日	平成 年 月 日	検査結果	HI法	8倍未満・8倍・16倍・左記以外(倍)	
検査方法 (どちらかにマル)	HI法・EIA-IgG法		EIA-IgG法	陰性・保留・EIA価()・国際単位(IU/ml)	

【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	昭和・平成 年 月 日生		
医療機関名					
実施年月日	平成 年 月 日	検査結果	HI法	8倍未満・8倍・16倍・左記以外(倍)	
検査方法 (どちらかにマル)	HI法・EIA-IgG法		EIA-IgG法	陰性・保留・EIA価()・国際単位(IU/ml)	

※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未満の方は、風しんの免疫が不十分です。感染予防のため麻しん風しん混合ワクチン(又は風しん単独ワクチン)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。