

(様式第2号)

風しん抗体検査申込（問診）票

申 込 者 記 入 欄	申込日	令和 年 月 日	受付番号		
	ふりがな		性別	生年月日（年齢）	
	氏名		男・女	昭平	年 月 日（満 歳）
	住所 （福井市 除く。）	（〒 - ）		電話番号（ ） -	
	質問事項			回答欄	
	① いずれかにチェックが入りますか。 (2)(3)の場合、昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生 まれたの男性を除く。			<input type="checkbox"/> (1) 妊娠を希望（または予定）する女性 <input type="checkbox"/> (2) (1)の配偶者や同居者 <input type="checkbox"/> (3) 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者や同居者	
	② 検査の結果、抗体価が低い場合、風しんの予防接種を希望し ますか。			はい	いいえ
	③ これまでに、風しんの抗体検査を受けたことがありますか。			いいえ または わからない	はい (年頃)
	④ 明らかに風しんの予防接種歴がありますか。			いいえ または わからない	はい (年 月)
	⑤ 医療機関で、血液検査の結果、風しんにかかったと確定診断 されたことはありますか。			いいえ または わからない	はい (年 月)
上記のとおり相違ありません。風しんの抗体検査を希望します。 また、私の検査結果について医療機関から福井県へ報告すること、および検査の結果、「抗体価が 低い」と判定された場合、福井県（健康福祉センター）から風しんの予防接種の実施状況について 確認があることを承諾します。 受検者氏名 _____ (自署)					
医療 機関 記入 欄	問診の結果、風しんの抗体検査を 1 行う。 医療機関名 _____ 2 行わない。 医師名 _____				

検査判定結果

H I 法	H I 抗体価	1 抗体価が高い（32倍以上）
		2 抗体価が低い（16倍以下：予防接種推奨）
E I A 法	E I A 価	1 抗体価が高い（EIA 価 8.0 以上または国際単位 30IU/mL 以上 ^{※1} ま たは国際単位 45IU/mL 以上 ^{※2} ）
	国際単位	2 抗体価が低い（EIA 価 8.0 未満または国際単位 30IU/mL 未満 ^{※1} ま たは国際単位 45IU/mL 未満 ^{※2} ：予防接種推奨）
判 定 日	令和 年 月 日	
結 果 告 知 日	令和 年 月 日	

※1：シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス（株）、極東製薬工業（株）社製 ※2：シスメックス・ピオメリュー（株）、ベックマン・コールター（株）社製

予防接種の実施（「抗体価が低い」と判定された者に限る。）

使用ワクチン名	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日