

# 風しん抗体検査問診票



太線枠の中を御記入ください。

受付番号		受付日	年 月 日
氏 名		生年月日	S・H 年 月 日生
性 別	男 ・ 女	年 齢	( ) 歳
住 連 絡 所 先	〒	電話番号 :	( )

今回の検査は、

- ①妊娠を希望する又は妊娠する可能性の高い女性(妊婦は除く)
  - ②昭和54年4月2日から平成2年4月1日までに生まれた男性
- が、助成対象となります。

質問事項	回答欄	
これまでに風しんにかかったことがありますか。(「はい」であれば、検査の必要なし)	はい	いいえ
そのときの風しんの抗体検査の結果や診断書等の記録はありますか。	はい	いいえ
風しんの抗体検査を平成26年(2014年)4月1日以降に受けましたか。	はい	いいえ
そのときの風しんの抗体検査の結果の記録はありますか。	はい	いいえ
生後から今までに風しんワクチン又は麻しん・風しん混合(MR)ワクチン又は麻しん・風しん・おたふくかぜ(MMR)ワクチンをあわせて1回以上接種したことがありますか。	はい	いいえ
そのときの予防接種の記録はありますか。 予防接種の種類(該当に○) (風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン)	はい	いいえ

※なお、平成26年度以降に抗体検査を実施していたことが確認できた場合は、本人負担となりますので、御注意ください。

検査の結果、「抗体価が低い場合」(HI検査において16倍以下(※EIA検査の場合は8.0未満))には、その後のワクチン接種の状況などを、お住まいの市町村から連絡させていただくことがあります。ついては、「抗体価が低い場合のみ」お住まいの市町村に検査結果等について情報提供を行いたいと考えています。御協力よろしく申し上げます。

上記情報提供に同意します。(はい・いいえ)

結果の通知は(来所・郵送)を希望する。

\*\*\*\*\* (以下、検査医療機関が御記入ください) \*\*\*\*\*

□ 啓発リーフレットにより風しんに関する情報提供を行った。