

(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	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。			<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、「十分な量の風しんの抗体があり、予防接種を行う必要がない」とされたことはありますか。			いいえ または わからない	はい	
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)					
■	問診の結果、風しんの抗体検査を 1 行う。 2 行わない。				
			医療機関名		
			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	年 月 日	
結果告知日	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・ビオメリュー（株）、バックマン・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 年 月 日