

風しん抗体検査申込書 兼 結果報告書

申 込 者 記 入 欄

検 査 申 込 者	住 所	(居住している所)				
		(住民票のある所) 檜葉町				
	TEL ()					
氏 名	フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日生 (満 歳)

今までに風しんワクチンまたは、麻しん風しん混合ワクチンの予防接種をうけましたか
☐ 「はい」の方 → 接種年月日 (S・H 年 月 日) ・接種年月日 (S・H 年 月 日)
☐ 「いいえ」

※次の項目に該当する方は、今回の風しん抗体検査の助成の対象になりません。

- ・過去に檜葉町の助成を受けて麻しん・風しん混合ワクチンまたは風しんワクチン接種を受けた方
- ・妊婦検診等で風しん抗体検査の結果が明らかな方
- ・麻しん・風しん混合ワクチンまたは風しんワクチンを既に2回接種している方
- ・風しんの既往歴（抗体価の上昇など）のある方

私は、

(1) 妊娠を希望する女性	〔 該当する番号に ○を付けてください。〕
(2) 妊娠を希望する女性のパートナー	
(3) 風しん抗体価が低い妊婦の配偶者	

に該当し、「檜葉町風しん抗体検査費用助成事業のお知らせ」を読み、当事業について理解したので、
風しんの抗体検査を申込みます。

検査申込日 平成 年 月 日 検査申込者署名（自署）

医 師 記 入 欄（風しん抗体検査結果報告書）

(結果説明を行う医師は、以下の①～④にチェックまたは数値を記入してください。)

①検査方法	②検査結果	③検査結果区分	④助成対象
☐ EIA 法 (IU/ml)	IU/ml	☐ 陰性又は判定保留陽性 (EIA 価 8.0 未満又は、国際単価 30IU/ml 未満)	☐ 該 当
		☐ 陽性 (EIA 価 8.0 以上又は、国際単価 30IU/ml 以上)	☐ 非該当
☐ HI 法	☐ 8 倍未満	☐ 16 倍以下 ☐ 32 倍以上	☐ 該 当
	倍		☐ 非該当

平成 年 月 日に実施した上記の者の検査について、項目①～④の結果となりました。
 よって、麻しん・風しん混合ワクチン及び風しんワクチン費用助成について（該当・非該当）とします。

結果説明日 平成 年 月 日 医師署名欄

実施医療機関名