

盛岡市風しん抗体検査申込書（問診票）

～検査を受ける方は、こちらを必ずお読みください～

この検査は、盛岡市が医療機関に委託して実施している事業であり、この問診票及び検査結果は盛岡市に提出されます。対象者は、盛岡市に居住する妊娠を予定している女性、「抗体価の低い^{※1}妊娠を予定している女性」の配偶者及び同居者、「抗体価の低い^{※1}妊婦」の配偶者及び同居者です。

ただし、次の方は対象とはなりません。

- 過去に盛岡市風しん抗体検査事業を利用して風しん抗体検査を受けたことがある方
- 過去に風しん抗体検査を受けて十分な抗体がある^{※2}ことが判明している方
- 昭和 37 年 4 月 2 日から昭和 54 年 4 月 1 日の間に生まれた男性（第 5 期の風しんの定期予防接種に係る風しん抗体検査の対象者）

<申込者記入欄>

申込者	住 所	〒 ー ー 盛岡市			
	フリガナ	TEL : ー ー			
	氏 名	男 ・ 女	生年 月 日	年 月 日 (歳)	※ S37. 4. 2～S54. 4. 1 生の男性は対象外

検査対象者 該当項目	(※(1)～(3)の該当する項目に☑をつける)					
	☐	(1) 妊娠を予定している女性	☐	(2) 「抗体価の低い ^{※1} 妊娠を予定している女性」の配偶者及び同居者	☐	(3) 「抗体価の低い ^{※1} 妊婦」の配偶者及び同居者

【(2) (3) の場合記入】※ 抗体価の低い^{※1}妊娠を予定している女性・抗体価の低い^{※1}妊婦の情報を記入してください。

住所： 氏名：
生年月日： 年 月 日 (歳) (医療機関は、(2) (3) の対象者が持参する「妊婦」又は「妊娠を予定している女性」の風しん抗体検査結果により抗体価を確認してください。)

確認項目	質 問	回 答 (※該当する項目に☑をつける)	
	①過去に本事業又は本事業以外の風しん抗体検査を受けたことがありますか	☐ 盛岡市風しん抗体検査を受けた	⇒対象外
		☐ 盛岡市風しん抗体検査以外（妊婦健診含む）の風しん抗体検査を受けた	⇒②へ
		☐ 過去に風しん抗体検査を受けたことがない	⇒抗体検査対象
		☐ 過去に風しん抗体検査を受けたか分からない	⇒抗体検査対象
②風しん抗体検査の結果通知等の記録を持っていますか	☐ はい ⇒③へ	☐ いいえ ⇒抗体検査対象	
③抗体検査の結果を記入してください	検査方法 [] 抗体価 []	※十分な抗体がある ^{※2} 方は対象外	

※ 1 H I 法：16 倍以下、E I A 法：8.0 未満(EIA 価)又は 30 IU/ml 未満 (国際単位)

※ 2 H I 法：32 倍以上、E I A 法：8.0 以上(EIA 価)又は 30 IU/ml 以上 (国際単位)

<医療機関記入欄>

検査年月日	年 月 日	
検査方法	H I 法 ・ E I A 法 (※該当する検査に○をつける)	
結果数値	(倍・EIA 価・IU/ml) (※結果数値を記入し、単位に○をつける)	
判定	☐ 免疫を保有していない ☐ 免疫はあるが確実な感染予防には不十分 (※該当する項目に☑をつける) ☐ 風しんの感染予防に十分な免疫がある	
検査医療機関 及び代表者名	上記のとおり相違ありません 年 月 日 ※結果通知完了日 印	