

※太枠の中だけ記入してください

石川県・金沢市風しん抗体検査申込(問診)票

地区分類	どちらかチェックしてください		受付日		年 月 日	
	☐ 石川県(金沢市除く) ☐ 金沢市		結果通知予定日		年 月 日	
フリガナ 氏名			性別	男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日(歳)
住 所	〒 ー ー 市 ・ 郡 町			電 話	ー ー	
問 診 項 目	対象者確認	☐ 以下のあてはまるものにチェックをしてください ☐ あなたは妊娠を希望する女性ですか ☐ あなたは妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者ですか ☐ あなたは風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者ですか → 上記のいずれにもあてはまらない方は検査の対象外となります。				
	共通項目	☐ これまでに、風しん抗体検査を受けて、「十分な量の風しん抗体価があり、予防接種を行う必要がない」とされたことがありますか ☐ いいえ ☐ わからない ☐ はい →検査対象外 ☐ (女性のみ)あなたは現在妊娠している、またはその可能性がありますか ☐ いいえ ☐ はい →検査対象外				
医 記 入 師 欄	☐ 上記の問診の結果、風しん抗体検査対象者として、(該当する ・ 該当しない)。 担当医署名: _____					
受 検 者 署 名 欄	☐ 検査項目 (風しん抗体検査) ☐ 本問診票が石川県または金沢市に報告されることに同意します。 受検者署名: _____					
結 果	↓どちらか一方の検査方法を選択してください					↓こちらも記載ください
	検査方法	風 し ん 抗 体 価 (あてはまるものにチェックしてください)				風しんの抗体検査結果
		予防接種の推奨				
		対象		不要		
HI法	☐ 8倍未満 ☐ 8倍・16倍		☐ 32倍以上		検査方法: HI ・ EIA 法	
EIA法	☐ 陰性・判定保留 ☐ 陽性 (EIA価80未満又は国際単位①30IU/mL未満、②45IU/mL未満)		☐ 陽性 (EIA価80以上又は国際単位①30IU/mL以上、②45IU/mL以上)		抗体価 単位 倍 ・ EIA価 ・ IU/mL	
※EIA価はデンカ生研社製、国際単位①(IU/mL)はシーメンスヘルスケア・ダイアグラノスティクス株式会社、極東製薬工業株式会社、国際単位②(IU/mL)はシスメックス・ビオメリュー株式会社、ベックマン・コールター株式会社製の風しんIgG測定キットを使用した場合の判定基準である。						
☐ 抗体検査の結果、風しんの予防接種が必要と診断される対象者として、(該当する ・ 該当しない)。 ☐ (該当する場合)風疹の予防接種について、(接種済み ・ 今後接種予定)						
医療機関名: _____ 担当医署名: _____						

※太枠の中だけ記入してください

石川県・金沢市風しん抗体検査申込(問診)票

地区分類	どちらかチェックしてください		受付日		年 月 日					
	☐ 石川県(金沢市除く) ☐ 金沢市		結果通知予定日		年 月 日					
フリガナ 氏名			性別	男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日 (歳)				
住 所	〒 — — 市 ・ 郡 町			電 話	— —					
問 診 項 目	対 象 者 確 認	☐ 以下のあてはまるものにチェックをしてください ☐ あなたは妊娠を希望する女性ですか ☐ あなたは妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者ですか ☐ あなたは風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者ですか → 上記のいずれにもあてはまらない方は検査の対象外となります。								
	共 通 項 目	☐ これまでに、風しん抗体検査を受けて、「十分な量の風しん抗体価があり、予防接種を行う必要がない」とされたことがありますか ☐ いいえ ☐ わからない ☐ はい →検査対象外 ☐ (女性のみ)あなたは現在妊娠している、またはその可能性がありますか ☐ いいえ ☐ はい →検査対象外								
医 記 入 師 欄	☐ 上記の問診の結果、風しん抗体検査対象者として、(該当する ・ 該当しない)。 担当医署名: _____									
受 検 者 署 名 欄	☐ 検査項目 (風しん抗体検査) ☐ 本問診票が石川県または金沢市に報告されることに同意します。 受検者署名: _____									
結 果	↓どちらか一方の検査方法を選択してください					↓こちらも記載ください 風しんの抗体検査結果 検査方法: HI ・ EIA 法 <table><tr><td>抗体価</td><td>単位</td></tr><tr><td></td><td>倍 ・ EIA価 ・ IU/mL</td></tr></table>	抗体価	単位		倍 ・ EIA価 ・ IU/mL
	抗体価	単位								
		倍 ・ EIA価 ・ IU/mL								
	検査方法	風 し ん 抗 体 価 (あてはまるものにチェックしてください)								
	予防接種の推奨									
	対 象		不 要							
HI法	☐ 8倍未満 ☐ 8倍・16倍		☐ 32倍以上							
EIA法	☐ 陰性・判定保留 ☐ 陽性 (EIA価8.0未満又は国際単位①30IU/mL未満、②45IU/mL未満)		☐ 陽性 (EIA価8.0以上又は国際単位①30IU/mL以上、②45IU/mL以上)							
※EIA価はデンカ生研社製、国際単位①(IU/mL)はシーメンスヘルスケア・ダイアグラノスティクス株式会社、極東製薬工業株式会社、国際単位②(IU/mL)はシスメックス・バイオメリュー株式会社、ベックマン・コールター株式会社製の風しんIgG測定キットを使用した場合の判定基準である。										
☐ 抗体検査の結果、風しんの予防接種が必要と診断される対象者として、(該当する ・ 該当しない)。 ☐ (該当する場合)風疹の予防接種について、(接種済み ・ 今後接種予定)										
医療機関名: _____ 担当医署名: _____										

※太枠の中だけ記入してください

石川県・金沢市風しん抗体検査の結果について

地区分類	どちらかチェックしてください	受付日		年 月 日	
	☐ 石川県(金沢市除く) ☐ 金沢市	結果通知予定日		年 月 日	
フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日 (歳)
住 所	〒 ー ー 市 ・ 郡 町			電 話	ー ー

風しんの予防接種が必要と診断された方へ

- 風しんの抗体価が不十分で、予防接種が必要と診断された方は、予防接種を受けましょう。
- 1回の予防接種で約95%の方が免疫を獲得します。2回の予防接種を受けることにより、免疫を獲得することがより確実(約99%)となります。
- 予防接種は事前に医療機関に申込みを行ってください。また、ワクチンは、麻しん(はしか)の感染予防も考慮して、「麻しん風しん混合ワクチン」を推奨します。
- お住まいの市町によっては、予防接種の助成を行っているところもありますので、住所地の市町へお問い合わせください。

風しん抗体価が十分な量あり、予防接種を行う必要がないとされた方へ

- 今回の検査で、あなたは風しんに対する免疫が十分にあることが分かりました。
- 今回の検査結果は、抗体検査を受けたことの証明として使えますので、大切に保管してください。

結 果	↓どちらか一方の検査方法を選択してください			↓こちらも記載ください	
	検査方法	風 し ん 抗 体 価 (あてはまるものにチェックしてください)		風しんの抗体検査結果	
		予防接種の推奨		検査方法: HI ・ EIA 法	
		対象	不要	抗体価	単位
	HI法	☐ 8倍未満 ☐ 8倍・16倍	☐ 32倍以上		倍 ・ EIA価 ・ IU/mL
EIA法	☐ 陰性・判定保留 ☐ 陽性 (B4価80未満又は国際単位①30IU/mL未満、②45IU/mL未満)	☐ 陽性 (B4価80以上又は国際単位①30IU/mL以上、②45IU/mL以上)			
※EIA価はデンカ生研社製、国際単位①(IU/mL)はシーメンスヘルスケア・ダイアグナスティクス株式会社、極東製薬工業株式会社、国際単位②(IU/mL)はシスメックス・ビオメリュー株式会社、ベックマン・コールター株式会社製の風しんIgG測定キットを使用した場合の判定基準である。					
○ 抗体検査の結果、風しんの予防接種が必要と診断される対象者として、(該当する ・ 該当しない) 。					
○ (該当する場合)風疹の予防接種について、(接種済み ・ 今後接種予定)					
医療機関名: 担当医署名: _____					