

※太枠の中だけ記入してください

風しん抗体検査申込（問診）票

〔医療機関用〕

受付番号 番	受 付 日	年	月	日
	結果通知予定日	年	月	日
検査項目	風しん抗体検査 <input type="checkbox"/> E I A法 <input type="checkbox"/> H I法			
氏名		性別	男 ・ 女	生年 月日
				年 月 日(歳)
住所	〒 _____ 市 郡 _____ 町 _____	連絡先	自宅： _____ 携帯： _____	
確認事項	【1～3の内容にご回答ください。】 (注)「はい」と回答した方は、無料検査の対象外となります。			
	<p>1. これまでに風しん抗体検査を受けたことがありますか。 いいえ ・ はい</p> <p>2. 風しんの予防接種を受けたことがありますか。 いいえ ・ はい</p> <p>3. 風しんにかかったことがありますか。 いいえ ・ はい</p> <p>※ 上記の確認において、検査を受けたことのある方は、この検査を受けることができません。</p> <p>※ 上記の確認において、明らかに風しんの予防接種歴のある方は、この検査を受けることができません。</p> <p>※ 上記の確認において、検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がある方は、この検査を受けることができません。</p>			
検査の対象者	【該当する部分にチェックしてください。】 (注) 下記以外の方は、無料検査の対象外となります。			
	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者 (婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。) <input type="checkbox"/> 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者			
受検者署名欄	・ 上記事項を確認の上、風しん抗体検査を希望します。 ・ この検査は、先天性風しん症候群の予防のため風しん抗体検査を行い、風しんの感受性者を把握し、風しんの感染予防やまん延の防止を図ることを目的としています。 ・ このことを理解の上、本問診票が和歌山県に報告されることに同意します。			
	自 署： _____			
担当医署名欄	上記の要因により、先天性風しん症候群の予防のため、風しんの感受性者を把握し、風しんの感染予防及びまん延防止を目的として風しん抗体検査を実施する。 なお、過去に風しんの抗体検査を受検していないこと、明らかに風しんの予防接種歴がないこと、又は検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がないことを本人に確認した。			
	医療機関名： _____ 住 所： _____ 担当医： _____ 印			
結果 (該当箇所にチェック)	○実施検査			
	風しん抗体検査 <input type="checkbox"/> E I A法 <input type="checkbox"/> H I法			
○検査結果				
風しん抗体価 : _____				
<input type="checkbox"/> 上記検査結果について、受検者に対し(_____ 年 _____ 月 _____ 日) に通知し必要事項を説明した。				
医療機関名： _____ 担当医： _____ 印				

風しん抗体検査申込（問診）票

〔県庁用〕

受付番号 番	受 付 日	年	月	日	
	結果通知予定日	年	月	日	
検査項目	風しん抗体検査 <input type="checkbox"/> E I A法 <input type="checkbox"/> H I法				
氏名		性別	男 ・ 女	生年 月日	年 月 日(歳)
住所	〒 _____ 市 郡 _____ 町 _____	連絡先	自宅： _____ 携帯： _____	_____	_____
確認事項	【1～3の内容にご回答ください。】 (注)「はい」と回答した方は、無料検査の対象外となります。				
	1. これまでに風しん抗体検査を受けたことがありますか。	いいえ	・	はい	
2. 風しんの予防接種を受けたことがありますか。	いいえ	・	はい		
3. 風しんにかかったことがありますか。	いいえ	・	はい		
	※ 上記の確認において、検査を受けたことのある方は、この検査を受けることができません。 ※ 上記の確認において、明らかに風しんの予防接種歴のある方は、この検査を受けることができません。 ※ 上記の確認において、検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がある方は、この検査を受けることができません。				
検査の対象者	【該当する部分にチェックしてください。】 (注) 下記以外の方は、無料検査の対象外となります。				
	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者 (婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。) <input type="checkbox"/> 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者				
受検者署名欄	<ul style="list-style-type: none"> ・上記事項を確認の上、風しん抗体検査を希望します。 ・この検査は、先天性風しん症候群の予防のため風しん抗体検査を行い、風しんの感受性者を把握し、風しんの感染予防やまん延の防止を図ることを目的としています。 ・このことを理解の上、本問診票が和歌山県に報告されることに同意します。 <p style="text-align: right;">自 署： _____</p>				
担当医署名欄	<p>上記の要因により、先天性風しん症候群の予防のため、風しんの感受性者を把握し、風しんの感染予防及びまん延防止を目的として風しん抗体検査を実施する。</p> <p>なお、過去に風しんの抗体検査を受検していないこと、明らかに風しんの予防接種歴がないこと、又は検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がないことを本人に確認した。</p> <p>医療機関名： _____</p> <p>住 所： _____ 担当医： _____ 印</p>				
結果 (該当箇所にチェック)	○実施検査				
	風しん抗体検査	<input type="checkbox"/> E I A法	<input type="checkbox"/> H I法		
	○検査結果				
	風しん抗体価： _____				
	<input type="checkbox"/> 上記検査結果について、受検者に対し(_____ 年 _____ 月 _____ 日)に通知し必要事項を説明した。				
	医療機関名： _____ 担当医： _____ 印				

風しん抗体検査の結果について

【結果通知用】

受付番号 番	受 付 日	年	月	日	
	結果通知予定日	年	月	日	
検査項目	風しん抗体検査 <input type="checkbox"/> E I A法 <input type="checkbox"/> H I法				
氏名		性別	男 ・ 女	生年 月日	年 月 日(歳)
住所	〒	市 郡 町	連絡先	自宅： 携帯：	- - - -

先日、受検していただいた検査結果について、下記のとおりお知らせします。

○実施検査名

風しん抗体検査 E I A法 H I法

○検査結果

風しん抗体価 : _____

予防接種が推奨される風しん抗体価について



抗体価		妊娠を希望する女性など***、 より確実に予防を行う必要がある方	左記以外の方
HI法*	EIA法*		
8倍未満	陰性 又は 判定保留**	免疫を保有していないため、風しん含有ワクチンの接種を推奨します。	
8倍・16倍	陽性** (EIA価8.0未満 又は 国際単位30IU/mL未満)	過去の感染や予防接種により風しんの免疫はありますが、風しんの感染予防には不十分です。そのため、感染によりお腹の赤ちゃんなどへ影響が生じる可能性があります。 確実な予防のため、風しん含有ワクチンの接種を推奨します。	過去の感染や予防接種により風しんの免疫があり、風しんの発症や重症化を予防できると考えられます。 確実な予防のため、風しん含有ワクチンの接種を希望される方は、かかりつけ医等と接種についてよく御相談されたい。
32倍以上	陽性** (EIA価8.0以上 又は 国際単位30IU/mL以上)	風しんの感染予防に十分な免疫を保有していると考えられます。 風しん含有ワクチンの接種は、基本的に必要ありません。	

* HI法: Hemagglutination Inhibition test (赤血球凝集抑制法)

* EIA法: Enzyme Immunoassay (酵素抗体法)

** EIA価はデンカ生研社製、国際単位(IU/mL)はシスメックス・バイオメリュウ株式会社、シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社、極東製薬工業株式会社、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。

***「十分な免疫を保有していない妊婦」の同居者など

- 1回目の予防接種で約95%の方が免疫を獲得します。また、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確実(約99%)となります。
- 予防接種のワクチンは、MRワクチン(麻しん風しん混合ワクチン)を推奨します。
- 本資料は、「風しんに関する小委員会」での議論を踏まえて作成した目安(考え方)であり、個々の予防接種の必要性については接種希望者が直接医師と相談して下さい。

(出典) 厚生労働省

医療機関名 :

担当医 : _____

印