

風しん抗体検査問診票

太線枠の中を御記入ください。

受付番号		受付日	年 月 日
氏 名		生年月日	S・H 年 月 日生
性 別	男 ・ 女	年 齢	() 歳
住 所 連 絡 先	〒 電話番号：()		

今回の検査は、

- ①妊娠を希望する又は妊娠する可能性の高い女性(妊婦は除く)
- ②昭和37年4月2日から平成2年4月1日までに生まれた男性が、助成対象となります。

➡ これまで採血をして気分や体調が悪くなったことはありますか？
(はい ・ いいえ)

➡ 「過去に風しんの抗体検査を受けた」ことがありますか？
(はい ・ いいえ)

➡ 過去に「明らかに」風しんの予防接種を受けたことがありますか？
(はい ・ いいえ)

➡ これまでに「風しんにかかったこと(既往歴)について検査で確定検査を受けた」ことがありますか？
(はい(あれば検査の必要なし) ・ いいえ)

検査の結果、「抗体価が低い事が確認された方」(HI検査において16倍以下(※EIA検査の場合は8.0未満))には、その後のワクチン接種の状況などを、お住まいの市町村から確認させていただく場合があります。

ついては、「抗体価が低い場合のみ」お住まいの市町村に検査結果等について情報提供を行いたいと考えています。御協力よろしく申し上げます。

➡ 上記情報提供に同意します。 (はい ・ いいえ)

➡ 結果の通知は (来所 ・ 郵送) を希望する。

***** (以下、検査医療機関が御記入ください) *****

☐ 啓発リーフレットにより風しんに関する情報提供を行った。