

秋田市風しん抗体検査申込書（問診票）

～検査を受けるかたはこちらを必ずお読みください～

この検査は、秋田市が医療機関に委託して実施している事業であり、この問診票および検査結果は秋田市に提出されます。対象者は、秋田市に居住する妊娠を希望する女性と、妊娠を希望する女性・抗体価が低い妊婦の配偶者（内縁関係にある者を含む）です。

ただし、過去に風しんの抗体検査を受けたことがあるかた、風しんの予防接種歴があるかた、風しんの診断を受けたことがあるかたは対象とはなりません。

また、検査を受けたかたの予防接種歴等を確認するため、秋田市が他市町村等に照会する場合があります。以上について理解し、風しん抗体検査を受けることに同意します。

年 月 日 署名(本人)

< 申込者記入欄 >

申込者	住所	〒 秋田市			電話：	- -		
	氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)				
検査対象者 該当項目	該当に <input checked="" type="checkbox"/> をつける		確認事項			回答欄 1 いずれか一つに		
	<input type="checkbox"/>	(1) 妊娠を希望する女性	過去に風しんの抗体検査又は妊婦健診を受けたことがない			はい	いいえ	わからない
	<input type="checkbox"/>	(2) 妊娠を希望する女性・抗体価が低い妊婦の配偶者（内縁関係にある者を含む） ²	風しん（MR、MMR含）の予防接種を受けたことがない			はい	いいえ	わからない
	検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がない			はい	いいえ	わからない		
(2)の対象となる場合	配偶者（妻等） ・住所 _____ 氏名 _____ ・生年月日 _____ 年 月 日 (歳)							
注意確認事項	1 ~ のうち、ひとつでも「いいえ」に該当するかたは、対象ではありません。 2 抗体価が低いとは、HI抗体価が16倍以下（EIA価が8.0未満）相当です。							

< 医療機関記入欄 >

検査年月日	年 月 日							
検査方法 および 検査結果	HI法	EIA法	結果数値 ()					
	検査結果が「HI抗体価16倍以下」又は「EIA価8.0未満」に該当する場合の予防接種： 実施、 未実施							
検査医療機関 および担当医	上記の通り相違ありません。						年 月 日 結果通知完了日	
	医療機関名： _____						担当医： _____ 印	