

※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												
	<input type="checkbox"/> 石川県(金沢市除く) <input type="checkbox"/> 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	<input type="radio"/> 以下のあてはまるものにチェックしてください <input type="checkbox"/> あなたは妊娠を希望する女性ですか <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="radio"/> 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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input checked="" type="checkbox"/> はい →検査対象外 <input type="radio"/> (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 <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい →検査対象外 <input type="radio"/> (男性のみ)あなたは昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="radio"/> お住まいの市町から送付されたクーポン券 ※ をお持ちですか <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい →検査対象外(クーポン券で抗体検査を実施) ※ 抗体検査と予防接種を無料で受けられる券。													
医記入 師欄	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 検査項目 (風しん抗体検査) <input type="radio"/> 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) 予防接種の推奨 <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td style="width:50%; background-color: yellow;">対象</td> <td style="width:50%;">不要</td> </tr> <tr> <td>HI法</td> <td> <input type="checkbox"/> 8倍未満 <input type="checkbox"/> 8倍・16倍 <input type="checkbox"/> 32倍以上 </td> </tr> <tr> <td>EIA法</td> <td> <input type="checkbox"/> 陰性・判定保留 <input type="checkbox"/> 陽性 <small>(EIA値8.0未満又は国際単位①30IU/mL未満、②45IU/mL未満)</small> <input type="checkbox"/> 陽性 <small>(EIA値8.0以上又は国際単位①30IU/mL以上、②45IU/mL以上)</small> </td> </tr> </table>			対象	不要	HI法	<input type="checkbox"/> 8倍未満 <input type="checkbox"/> 8倍・16倍 <input type="checkbox"/> 32倍以上	EIA法	<input type="checkbox"/> 陰性・判定保留 <input type="checkbox"/> 陽性 <small>(EIA値8.0未満又は国際単位①30IU/mL未満、②45IU/mL未満)</small> <input type="checkbox"/> 陽性 <small>(EIA値8.0以上又は国際単位①30IU/mL以上、②45IU/mL以上)</small>	風しんの抗体検査結果 検査方法: HI ・ EIA 法 <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td style="width:50%;">抗体価</td> <td style="width:50%;">単位</td> </tr> <tr> <td></td> <td>倍 ・ EIA値 ・ IU/mL</td> </tr> </table>		抗体価	単位	
対象	不要														
HI法	<input type="checkbox"/> 8倍未満 <input type="checkbox"/> 8倍・16倍 <input type="checkbox"/> 32倍以上														
EIA法	<input type="checkbox"/> 陰性・判定保留 <input type="checkbox"/> 陽性 <small>(EIA値8.0未満又は国際単位①30IU/mL未満、②45IU/mL未満)</small> <input type="checkbox"/> 陽性 <small>(EIA値8.0以上又は国際単位①30IU/mL以上、②45IU/mL以上)</small>														
抗体価	単位														
	倍 ・ EIA値 ・ IU/mL														
<input type="radio"/> 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)。 <input type="radio"/> (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: _____												

※EIA値はデンカ生研社製、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。

※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		
	<input type="checkbox"/> 石川県(金沢市除く) <input type="checkbox"/> 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してください <input type="checkbox"/> あなたは妊娠を希望する女性ですか <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →検査対象外 ○ (男性のみ)あなたは昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → ○ お住まいの市町から送付されたクーポン券 ※ をお持ちですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →検査対象外(クーポン券で抗体検査を実施) ※ 抗体検査と予防接種を無料で受けられる券。				
医記入欄	○ 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)。 <div style="text-align:right;">担当医署名: _____</div>					
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。 <div style="text-align:right;">受検者署名: _____</div>					
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	<input type="checkbox"/> 8倍未満 <input type="checkbox"/> 8倍・16倍		<input type="checkbox"/> 32倍以上		倍 ・ EIA価 ・ IU/mL	
EIA法	<input type="checkbox"/> 陰性・判定保留 <input type="checkbox"/> 陽性 <small>(EIA価8.0未満又は国際単位①30IU/mL未満、②45IU/mL未満)</small>		<input type="checkbox"/> 陽性 <small>(EIA価8.0以上又は国際単位①30IU/mL以上、②45IU/mL以上)</small>			
<small>※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。</small>						
○ 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		
	<input type="checkbox"/> 石川県(金沢市除く) <input type="checkbox"/> 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	- -		

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。

(昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性の方へ)

- あなたは、風しんの定期予防接種(原則無料)の対象として、お住まいの市町から、風しん抗体検査と定期予防接種が受けられるクーポン券が送付されます。
- 今回の検査結果は、既に風しん抗体検査を受けたことの証明になりますので、必要に応じて、お住まいの市町の窓口や、定期予防接種を受ける際に医療機関にご提示ください。

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	<input type="checkbox"/> 8倍未満	<input type="checkbox"/> 8倍・16倍	<input type="checkbox"/> 32倍以上		倍・EIA価・IU/mL	
EIA法	<input type="checkbox"/> 陰性・判定保留	<input type="checkbox"/> 陽性 (EIA価8.0未満又は国際単位①30IU/mL未満、②45IU/mL未満)	<input type="checkbox"/> 陽性 (EIA価8.0以上又は国際単位①30IU/mL以上、②45IU/mL以上)			
<p>※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。</p> <p>○ 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) 。</p> <p>○ (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)</p>						
医療機関名:			担当医署名: _____			