

### 埼玉県風しん抗体検査申込書兼検査結果通知書

- 注意事項
- 1 検査日時時点でさいたま市、川越市、越谷市及び川口市を除く県内市町村に住民登録がある方がこの事業の助成を受けられます。
  - 2 当事業で助成の対象となる検査は令和9年3月31日までに実施した検査です。(検査の前に提出してください)
  - 3 下記に記載いただいたことを医療機関で確認するため、マイナンバーカード、資格確認書、健康保険証、生活保護受給証、運転免許証のいずれかを医療機関の窓口に表示してください。また、予防接種歴を確認するため、母子手帳の提示を求める場合があります。
  - 4 低抗体価の妊婦の同居者である場合は、妊婦の方の母子手帳も提示してください。

|                    |                                      |                                       |   |                                  |
|--------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---|----------------------------------|
| 検査日時時点<br>住民票のある住所 | 左枠内には市町村名のみご記入ください<br>番地等は枠外にご記入ください |                                       | 医療機関記入  |                                  |
|                    | 〇〇市                                  | 〇〇1-1-1                               | <input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカード | <input type="checkbox"/> 資格確認書   |
| 本人記入欄              | (電話)                                 | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇                         | <input type="checkbox"/> 健康保険証                | <input type="checkbox"/> 生活保護受給証 |
|                    | フリガナ                                 | フリ                                    | ガナ  | <input type="checkbox"/> 運転免許証   |
| 氏名                 | 漢字                                   | 〇〇                                    | 〇〇  | <input type="checkbox"/> その他     |
|                    | 性別                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 女                    | 年齢                               |
| 生年月日               | 西暦                                   | 〇〇〇〇                                  | 月   | 〇〇                               |
|                    | 日                                    | 〇〇                                    | 歳   |                                  |

- 次の質問のうち該当するものに、ご本人がをつけてください。
- 下記の回答で①～③のすべてと、④～⑥のいずれかに該当した方が、風しん抗体検査の対象です。

#### 【設問1】 すべての方が記入してください ①～③は全ての方が

|  |                          |
|--|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> ① 過去に風しんの抗体検査を受けたことがない(妊婦健診含む) | 妊婦健診を受けたことがある方も対象外です     |
| <input checked="" type="checkbox"/> ② 過去に風しんの予防接種を受けたことがない         | 1回でも予防接種を受けたことがある方は対象外です |
| <input checked="" type="checkbox"/> ③ 過去に風しんにかかったことがない             |                          |

#### 【設問2】 妊娠を希望する女性本人が記入してください

④ 年齢が18歳以上50歳未満で妊娠を希望している(概ね1年以内)

のつけ方は下記の3通り

- ・ ①②③④
- ・ ①②③⑤
- ・ ①②③⑥-1、⑥-2

#### 【設問3】 同居者の方が記入してください ④～⑥は、該当するものに

⑤ 「年齢が18歳以上50歳未満で妊娠を希望している(概ね1年以内)女性」の同居者である

⑥-1 「風しん抗体価が低い(HI法で32倍未満、EIA法で8.0未満)妊婦」の同居者である

⑥-2 「風しん抗体価が低い妊婦」は妊娠週数20週以下である

同居している妊娠を希望する女性、または同居している風しん抗体価が低い妊婦の氏名・生年月日・あなたとの続柄を記入してください

|    |    |          |
|----|----|----------|
| 氏名 | 続柄 | 生年月日(西暦) |
| 〇〇 | 妻  | 〇年〇月〇日   |

記載内容が事実と異なり、埼玉県風しん抗体検査の対象者でないことが判明した場合は、全額自己負担することに同意のうえ検査を申込みます。

検査の結果、風しん抗体価が低いことが判明した場合は、風しんの予防接種を受けます。

検査申込日: 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

検査申込者署名: 〇〇 〇〇

#### 検査はHI法を原則とする

※検査結果判明後、下表を記入の上、検査申込者に予防接種の必要性について説明してください。  
説明後、この用紙をコピーして、検査申込者に交付してください。(原本は医療機関が保管)

|             |                       |   |                                |  |                                |                               |                                 |                                |   |                                   |                                   |
|-------------|-----------------------|---|--------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 医療機関記入欄     | 対象                    | <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性<br><input checked="" type="checkbox"/> 抗体価が低い妊婦の同居者 |                                | <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の同居者 |                                |                               |                                 |                                |   |                                   |                                   |
|             | 検査方法                  | <input checked="" type="checkbox"/> HI法   |                                | <input type="checkbox"/> EIA(IgG)法     |                                | <input type="checkbox"/> HI法  |                                 |                                | <input type="checkbox"/> EIA(IgG)法                |                                   |                                   |
|             | 抗体価(数値)               | 8倍  |                                |  |                                | 倍                             |                                 |                                |   |                                   |                                   |
|             | 抗体価(数値区分選択)           | <input checked="" type="checkbox"/> 32倍未満   | <input type="checkbox"/> 32倍以上 | <input type="checkbox"/> 8.0未満         | <input type="checkbox"/> 8.0以上 | <input type="checkbox"/> 8倍未満 | <input type="checkbox"/> 8倍、16倍 | <input type="checkbox"/> 32倍以上 | <input type="checkbox"/> 陰性又は判定保留                 | <input type="checkbox"/> 8.0未満の陽性 | <input type="checkbox"/> 8.0以上の陽性 |
| 風しん予防接種の必要性 | 免疫が不十分なため、予防接種を推奨します。 |   | 十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。         |  | 免疫が不十分なため、予防接種を推奨します。          |                               | 十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。          |                                | 発症や重症化を予防できる免疫はあります。確実な予防を希望される方は予防接種を医師にご相談ください。 |                                   |                                   |

検査結果及び予防接種の必要性について説明しました。

⇒抗体価が低い場合のみ記載

予防接種は当院で実施します。接種(予定)日:令和〇年〇月〇日

予防接種ができる医療機関を紹介しました。医療機関名:

検査実施医療機関名: 〇〇〇〇

担当医師署名欄: 〇〇 〇〇

|    |    |    |
|----|----|----|
| 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 |
|----|----|----|

埼玉県記入欄