

風しん抗体検査受検(申込)票

松山市受付番号

松山市

(松山市保存用)

松山市が実施する風しん抗体検査について

必ずお読みください

風しん抗体検査受検(申込)票
(記入例)

私は、上記の内容を確認したうえで、「風しん抗体検査」を希望します。

受検者(自署)

※

枠内は全てボールペンで記入してください。

年 月 日

住 所

〒 (790 - 0813)
松山市 萱町6丁目30-5

必要事項を
ボールペンで
濃く記入して
ください。

えひめ はなこ
愛媛 花子

性 別

男 性 ・ 女 性

昭和 平成 60 年 1 月 1 日 生 (40) 歳

連絡先電話番号(携帯可)

〇〇〇 - △△△△ - □□□□

① これまでに風しんの予防接種を受けたことがありますか。

はい (年頃) いいえ

② これまでに風しんの抗体検査を受けたことがありますか。

はい (年頃) いいえ

③ これまでに風しんにかかったことがありますか。

はい (年頃) いいえ

④ その他、検査を希望する理由

⑤ これまでに採血をして気分が悪くなったことがありますか。

はい ・ いいえ

医療機関記入

受付日

年 月 日

医療機関名

検査種類

検査結果
(抗体価)

④について、
検査を希望する理由を
記入してください。

「はい」か「いいえ」の該当する
ほうに○をつけてください。

()内には、年数を記入してください。

指導内容

- 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する
- 風しんの免疫はあるが、感染予防には不十分であるため、風しん含有ワクチンの接種を推奨する
- 十分な免疫を保有しているため、風しん含有ワクチンの接種は必要ない

HI法

8 倍未満

8 倍 ・ 1 6 倍

3 2 倍以上

EIA法

陰性又は判定保留

陽性
EIA価8.0未満
国際単位①30IU/ml未満
国際単位②45IU/ml未満

陽性
EIA価8.0以上
国際単位①30IU/ml以上
国際単位②45IU/ml以上

担当医師名

医 師 :