

風しん抗体検査受検(申込)票

保健所受付番号

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。

記入日：令和 年 月 日

住所	〒(790 - 0813) 松山市 萱町6丁目30-5	
氏名	えひめ はなこ 愛媛 花子	性別 男性・ <input checked="" type="radio"/> 女性
生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 平成 61年 1月 1日生 (40)歳	
電話番号	(携帯可) ○○○ - △△△△ - □□□□	
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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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。		

医療機関記入

受付日	令和 年 月 日	番	
医療機関名			
検査種類			
検査結果(抗体価)	() 倍	・陽性	
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	HI法 8倍未満	EIA法 陰性又は判定保留
	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	8倍・16倍	陽性 EIA価8.0未満 国際単位①30IU/ml未満 国際単位②45IU/ml未満
	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	32倍以上	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 :		

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。

必要事項をボールペンで濃く記入してください。