

# 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

必要事項を  
ボールペンで  
濃く記入して  
ください。

住所	〒( 790 - 0813 ) 松山市 萱町6丁目30-5		
氏名	えひめ はなこ	性別	男性 ・ <input checked="" type="radio"/> 女性
愛媛	花子		
生年	<input checked="" type="radio"/> 昭和 ・ 平成 62 年 1 月 1 日生 ( 30 ) 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)	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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)	<p>④について、検査を希望する理由を記入してください。</p> <p>「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。</p>		
指導内容	HI法	EIA法	
<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	8 倍未満	陰性又は判定保留	
	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	
	32 倍以上	陽性 EIA価8.0以上 国際単位①30IU/ml以上	