様式第１号

岐阜県風しん抗体委託検査申込（問診）票兼結果票

＜検査を受ける方は、必ずお読みください＞

（1）この風しん抗体検査は、岐阜県が一般社団法人岐阜県医師会に委託し実施している事業です。
（2）この用紙は、医療機関から一般社団法人岐阜県医師会を経由して岐阜県に提出されます。
（3）岐阜県が風しん対策を推進するため、プライバシーの保護には十分に配慮したうえで、記載された内容を取りまとめ、解析することがあります。

私は、先天性風しん症候群の発生を予防するため、風しん抗体検査を申し込みます。検査の結果、抗体が十分ではないことが確認された場合には、風しんワクチンを接種します。

令和　　年　　月　　日

署名（本人）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１　受検者（本人）

住　所※	〒 （電話　　－　　－　　）		
生年月日	年　　月　　日	性　別	男　・　女

【申込みの理由】

□　妊娠を希望する女性　**□　妊娠を希望する女性の夫　□　妊娠を希望する女性の同居者**

□　妊婦（風しん抗体価が低い者に限る）の夫
□　妊婦（風しん抗体価が低い者に限る）の同居者

下記２をご記入ください。

※岐阜市内に住民票がある場合は岐阜市保健所（058-252-7187）にお問い合わせください。

２　妊婦（被検者が妊婦の夫又は同居者の場合に記入）

住　所	〒 （電話　　－　　－　　）		
氏　名		生年月日	年　　月　　日
妊婦との関　係	□　夫（別居・同居） □　同居者（父・母・その他（　　））		
妊婦の風しん抗体価	□　抗体価がＨＩ法で１６倍以下（別の検査法で同程度を含む）であった。 □　医師から十分な抗体価がないと診断された。		

３　問診

１　あなたは風しんワクチンを接種したことがありますか。	はい・いいえ・わからない
２　あなたは風しんに感染したことはありますか。	はい・いいえ・わからない
３　あなたは風しん抗体価を測定したことがありますか。	はい・いいえ・わからない

＜医療機関記入欄＞ 結果通知日　　令和　　年　　月　　日 検査結果　　ＨＩ法　＿＿＿＿＿＿倍 ※その他の検査法・検査結果 （　　）	所在地 医療機関名 医師名