様式第１号の２

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、岐阜県が医療機関に委託する事業であり、この用紙は医療機関から岐阜県に提出されます。

（２） 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