

令和 7（2025）年度風しん抗体検査申込書

＜受検者記入欄＞ ※申込書は必ず受検者本人が記載し、該当する枠内にはみ出さずにチェックしてください。

	姓	名	男	女	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成	年齢
ふりがな			☐	☐	生年 月日	
氏名					年 月 日	歳
住所 及び 連絡先	〒 —					
	電話番号 —					
問診項目	1.(女性の方について)現在、妊娠していますか。 ☐ 妊娠中 ⇒ 事業対象外(妊婦健診で検査を受けてください) ☐ 現在、妊娠していない 2.風しん抗体検査の申込みをした理由を教えてください。 ☐ ① 妊娠を希望する女性(18歳以上) ☐ ② ①の配偶者などの同居者 ☐ ③ 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者 ☐ ④ その他 ⇒ 事業対象外 3.過去に、栃木県が実施する風しん抗体検査を受けたことがありますか。 ☐ ある ⇒ 事業対象外 ☐ ない又は不明 4.過去の抗体検査結果は、HI法で32倍以上またはEIA法(IgG)で8.0以上ありますか。(※) ☐ ある ⇒ 事業対象外 ☐ ない ※検査方法が異なる場合は、医師に御相談ください。 ※過去の検査で十分な抗体価があると判断された場合は、事業対象外となります。					
確認項目	以下の内容を御確認の上、チェックしてください。 ☐ この風しん抗体検査は、栃木県が県内の医療機関に委託して実施しているものです。検査結果は、医療機関から実施主体である栃木県(保健福祉部感染症対策課)に提出されます。 ☐ 栃木県が本検査で得た個人情報を公表することは一切ありません。 ☐ 本検査は、先天性風しん症候群の発生を予防する目的で実施しています。検査の結果、抗体価が低い場合は予防接種を推奨します。					
—受検者署名欄—						
私は、上記の対象者要件を満たすので、風しん抗体検査を申し込みます。						
本人自署: _____						

＜医療機関記入欄＞

受付日	令和 年 月 日
結果通知日	令和 年 月 日
検査結果	(HI法): 倍 ・ (HI法以外の方法): ※請求時の状況を記入してください。なお、検査の結果、十分な量の風しん抗体を保有しておらず、かつ「ワクチン接種未実施」の受検者については、後日、栃木県保健福祉部感染症対策課からその後の接種状況を照会させていただくことがあります。
ワクチン接種	☐ 実施 ☐ 未実施
医療機関名	
医師名	