風しんの抗体検査受診票　結果について

検査機関から下記の通知を受け取りましたら，点線枠部分の検査結果をご確認ください。

ご本人控え

風しんの抗体検査受診票

※太枠内をご記入ください。
※本受診票は、昭和37（1962）年４月２日から昭和54（1979）年４月１日までの間に生まれた男性を対象に地方公共団体が実施する風しん抗体検査用に作成された書式です。

住民票に記載されている住所	都道府県　　市区町村	（クーポン券貼付）
氏　名	男　・　女	
生年月日	昭和　　年　　月　　日生　（満　　歳）	

質問事項	回答欄		医師記入欄
現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	いいえ	はい	
これまでに風しんにかかったことがありますか。	はい	いいえ	
（「はい」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果や診断書等の記録はありますか。	はい	いいえ	
風しんの抗体検査を平成26年（2014年）４月１日以降に受けましたか。	はい	いいえ	
（「はい」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果の記録はありますか。	はい	いいえ	
生後から今までに風しんワクチン又は麻しん・風しん混合（MR）ワクチン又は麻しん・風しん・おたふくかぜ（MMR）ワクチンをあわせて１回以上接種したことがありますか。	はい	いいえ	
（「はい」の場合）そのときの予防接種の記録はありますか。 予防接種の種類（該当に○）（　風しんワクチン　・　MRワクチン　・　MMRワクチン　）	はい	いいえ	

風しんの抗体検査の実施に関する同意書
下記に該当する場合、□に✔を入れてください。✔がなかった場合、風しんの抗体検査を希望されたものとみなします。
□ 私は、風しんの抗体検査をうけることを**希望いたしません。**

風しんの抗体検査の個人情報取り扱いに関する同意書（医師の診察の結果、検査が必要と判断された後に記入してください。）
この受診票（抗体検査の結果を含む）は、市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出され、個人情報保護に関する条例に基づき、市区町村が適正に管理します。このことを理解し、同意いただける場合はご署名下さい。
（署名のない場合は、検査を無料で受けることはできません。）
年　月　日　被検者自署
（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被検者

医師記入欄	対象者の平成26年４月１日以降の風しんの抗体検査の結果は（　あり　・　なし　・　不明または記 「あり」の場合、抗体検査の結果から、風しんの第５期の定期接種の（　対象　・　非対象　） 対象者のこれまでの風しんのワクチン接種歴は（　あり　・　なし　・　不明または記録な 「あり」の場合、確認したワクチン接種歴は、以下のとおり。 １回目：接種ワクチン（風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン）　接種日　年　月　日） ２回目：接種ワクチン（風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン）　接種　年　月　日） 以上の問診の結果、**今回の抗体検査は（　必要　・　不要　）**と判断し 医師署名又は記名押印

風しんの抗体検査の結果（※裏面の付表２を参照）		判定結果（いずれかに○）
検査方法：　　法		風しんの第５期の定期接種 **対象**
抗体価	単位	風しんの第５期の定期接種 **非対象**
	倍・EIA価・IU/mL・その他（　　）	

実施場所・医師名・検査年月日
実施場所
医師名
検査年月日（西暦）　年　月　日

検査番号（裏面の付表１を参照）

□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5	□ 6

（該当する検査番号の□を黒く（■）塗りつぶしてください）

風しん抗体検査の結果、「定期接種の対象」と判定された方へ

あなたは、風しんの抗体検査の結果、風しんの第５期の定期接種の対象と判定されました。
この受診票を持参して、予防接種を実施している医療機関を受診し、風しんの予防接種を受けてください。

こちらが○の場合
風しん抗体がない
ため予防接種の
対象です。

こちらが○の場合
風しん抗体がある
ため
これで終了です。

抗体価基準は検査方法で異なります。
ご自身の受診票の裏面でご確認ください。