

※受付番号

(県記入欄)

秋田県風しん抗体検査申込書（問診票）

＜申込者記入欄＞

申込者	住所	〒 ー ー 秋田県 ※住所地が秋田市にある方はこの事業の対象になりません。 TEL： ー ー				
	フリガナ		男・女	生年月日	昭和 ー 年 ー 月 ー 日 平成 (ー 歳)	
	氏名					
対象区分 ※該当に☑をつける	☐	(1) 妊娠を予定している女性				
	☐	(2) 「妊娠を予定している女性」の配偶者				
	☐	(3) 「風しんの抗体価が低い妊婦」の配偶者（妊婦の抗体価： ー ）				
(2) 又は (3) に該当する場合	配偶者（妻） ・住所 ー ー 氏名 ー ー ・生年月日 ー ー 昭和・平成 ー 年 ー 月 ー 日（ ー 歳）					
確認事項 ※いずれか一つに○	自身が過去に風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体がある（H I 抗体価 32 倍以上又はE I A 価 8.0 以上相当）ことが判明している。				はい	いいえ
	【対象区分（2）に該当する場合】自身の配偶者（妻）が過去に風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体がある（H I 抗体価 32 倍以上又はE I A 価 8.0 以上相当）ことが判明している。				はい	いいえ
注意事項	ア) 確認事項について一つでも「はい」に該当する方は、本事業の対象にはなりません。 イ) 過去に本事業を利用したことのある方は、対象にはなりません。 ウ) 昭和 37 年 4 月 2 日から昭和 54 年 4 月 1 日までの間に生まれた男性は、本事業の対象にはなりません。					
上記について事実と相違はありません。また、この問診票及び検査結果は秋田県に提出されることに同意の上、風しん抗体検査を申込みます。 令和 ー 年 ー 月 ー 日 署名（本人） ー ー						

＜医療機関記入欄＞

申込者記入欄について、健康保険証等により住所、氏名及び生年月日を、風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者に該当する場合は妊婦の母子健康手帳等により妊婦の抗体価を、確認事項については問診、母子健康手帳等により確認しました。			
医療機関名： ー ー ー 担当医： ー ー ー 印			
検査年月日	令和 ー 年 ー 月 ー 日	結果通知日	令和 ー 年 ー 月 ー 日
検査方法及び検査結果	☐ H I 法 ☐ E I A 法 結果数値 (ー)		
	検査結果が、H I 抗体価 16 倍以下又はE I A 価 8.0 未満相当の場合の予防接種 ☐ 実施 ☐ 未実施（理由： ー ー)		
検査医療機関及び担当医	上記について相違ありません。 医療機関名： ー ー ー 担当医： ー ー ー 印		

※原本を医療機関が保管し（5年以上）、写しを県に提出してください。