埼玉県風しん抗体検査申込書兼検査結果通知書

注意事項 1 検査日時点で<u>さいたま市、川健市、越谷市及び川口市を除く</u>県内市町村に住民登録がある方がこの事業の助成を受けられます。

- 2 当事業で助成の対象となる検査は令和8年3月31日までに実施した検査です。(検査の前に提出してください)
- 3 下記に記載いただいたことを医療機関で確認するため、健康保険証、生活保障受給証、運転免許証、マイナンバーカードのいずれかを医療機関の窓口に提示してください。また、予防接種歴を確認するため、母子手帳の提示を求める場合があります。
- 4 低抗体価の妊婦の同居者である場合は、妊婦の方の母子手帳も提示してください。

			左枠内には市町村名のみご記入ください 医療機関記 λ												
本人記				左*						療機関記入			1 10 10 =	# == AA ==	
	検査日時点 住民票の				番地寺は枠	外にご記入く	たさい	確		健康保険証		∐ <u>\$</u>	主活保証	雙受給証	
										運転免許証		□ マイナンバーカード			
	ある住所	(電話)					法		その他()				
記入		フリカ・ナ	·+					性				年			
欄								別	男		女	齢	歳		
	氏 名	漢字						生年	_	西暦		月	, _	日	_
								月日							
			L										ı L		
•	次の質問の	のうち	該当する	るものに、ご	[*] 本人が √ を	とつけてくだ	さい。								
								i、風l	しん打	抗体検査の	対象です。				
【設問1】 すべての方が記入してください															
□① 過去に風しんの抗体検査を受けたことがない(妊婦健診含む)									妊婦健診を受けたことがある方も対象外です						
=	□②過去に風しんの予防接種を受けたことがない									1回でも予防接種を受けたことがある方は対象外です					
□③ 過去に風しんにかかったことがない															
【設問2】妊娠を希望する女性本人が記入してください															
□④ 年齢が18歳以上(令和4年4月1日の時点で16歳以上)50歳未満で妊娠を希望している(概ね1年以内)															
【設問3】 同居者の方が記入してください															
□⑤「年齢が18歳以上50歳未満で妊娠を希望している(概ね1年以内)女性」の同居者である															
				低い(HI法で 低いな場点				り同居	者でる		医療機関が				
□⑥-2 「風しん抗体価が低い妊婦」は妊娠週数20週以下である 同居している妊娠を希望する女性、または同居している風しん抗体価が低い質										·生年 _{氏名}	医療機関が	すナナ Nb・	生年月日		
月日・あなたとの続柄を記入してください														月日	ı
_	== +1 _ = 10-				1110-1-110	±	/ \$-loren / 18	A	A +T +			- 10	<u></u>		
1-				玉県風しん抗f 低いことが判					全額目	己負担するこ 	とに同意のつ	え検査を	を甲込む	外ます 。	٦
			_						L						
	検査申込日	: 令和	1	年		月	目	検査印	P込 者	署名:					J
			,		ī										
	_{検査は}	11)	去 を原見	則とする											
										いて説明して 大学問める					
医	説明後、この用紙をコピーして、検査申込者に交付してください。(原本は医療機関が保管) 性別 世別 世別 □ 妊娠を希望する女性 □ 妊娠を希望する女性の同居者														
療			□ 抗体価が低い妊婦の同居者 □ HI法 □ EIA(IgG)法 □											_	
	検査方法		⊔ г	出法		((IgG)法						□ EIA(IgG)法			
機	抗体価	ī	 コ 32倍	<u>倍</u> □ 32倍	□ 8.0	8.0	□ 8倍		8,16	□ 32倍	□ 陰性又		8.0未		
関	(数値区分選		未満 疫が不十	以上 十分な免疫	未満 免疫が不十	以上 十分な免疫	未満 免疫が不十	発症や	音 つ重症	以上 十分な免疫	は判定保留 免疫が不十		陽性 や重症	上の陽十分な免	
記		分	なため、 防接種を	があり、予防接種は必	分なため、	があり、予防接種は必	分なため、 予防接種を	化を予きる免	防で		分なため、 予防接種を	化を予	が防で	があり、防接種は	予
ኢ	風しん予防技	推	奨します。		推奨します。	要ありませ ん。	推奨します。		す。確	要ありませ	推奨します		す。確	要ありま ん。	
	の必要性							希望さ	れる			希望さ		.00	
欄								種を医	師に			種を医	医師に		
								ご相談い。	K\/:C			い。	炎くださ		
	検査結果	及び予	防接種の	必要性につい	て説明しまし	t=.	⇒抗体価が				なほ / マ 宀 ^ ー		<i>-</i> -		
										実施します。持 医療機関を紹っ				月日	
		د عدر جي	# 111 /2				1 -2	M IE 수-	· = > ·	= .					
1	<u>検査実施</u>	达派	変) (名)					当医師	者名	爾:					_

埼玉県記入欄