

風しん抗体検査問診票

受付番号		受付日	年 月 日
氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日生
性別	男 ・ 女	年齢	歳
住所 連絡先	〒 市町 村 電話番号：（ ）		

- あなたは次のどちらに該当しますか？（該当するもの全て選択）【検査理由】
- 妊娠希望者（妊婦は除く。）
- 妊娠希望者及び妊婦の配偶者（パートナーを含む）
- 妊娠希望者及び妊婦の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）
- これまでに風しんにかかったことはありますか？【既往歴】
- ある ない 不明
- （「ある」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。
- ある ない 不明
- これまでに風しんの抗体検査（妊婦健診を含む）を受けたことはありますか？【受検歴】
- ある ない 不明
- （「ある」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果はありますか。
- ある ない 不明
- これまでに風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチン（MRワクチン）を含む）の接種を受けたことはありますか？【ワクチン接種歴】
- ある ない 不明
- これまでに採血をして気分や体調が悪くなったことはありますか？
- ある ない
- 現在、発熱、発疹、リンパ節の腫れ等の症状がありますか？
- ある ない
- 3週間以内に風しん患者との接触がありましたか？
- ある ない 不明

—受検者署名欄—

上記内容に間違いがないことを確認します。自 署： _____

【医師記入欄】担当医は□欄にチェックして下さい。

- 対象者の住所は北九州市、福岡市及び久留米市を除く居住地と確認した。
確認書類： 運転免許証 健康保険被保険者証 住民票 その他（ ）
- 対象者が感染予防に十分な免疫を保有していない、又は不明であることを確認した。
- （対象者が妊娠希望者以外の場合）妊娠希望者及び妊婦が感染予防に十分な免疫を保有していない、又は不明であることを確認した。
確認書類： 風しん抗体検査結果書 母子健康手帳
 問診（受けていない、結果がわからない場合等） その他（ ）
- 検査方法： HI法、LTI法 EIA法、ELFA法、CLEIA法、FIA法、CLIA法

—担当医署名欄—

上記内容を受検者に確認し、対象者に該当したため、風しん抗体検査を実施する。

医療機関名：

住 所：

電話番号：

担当医： _____

※検査の結果抗体価が低かった場合、結果通知時点における予防接種実施状況を教えてください。

予防接種実施済み 予防接種実施予定あり 予防接種実施予定未定

風しん抗体検査問診票

受付番号		受付日	年 月 日
氏 名		生年月日	S・H・R 年 月 日生
性 別	男 ・ 女	年 齢	歳
住 所 連 絡 先	〒 市 町 村 電話番号：（ ）		

- あなたは次のどちらに該当しますか？（該当するもの全て選択）【検査理由】
- 妊娠希望者（妊婦は除く。）
- 妊娠希望者及び妊婦の配偶者（パートナーを含む）
- 妊娠希望者及び妊婦の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）
- これまでに風しんにかかったことはありますか？【既往歴】
- ある ない 不明
- （「ある」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。
- ある ない 不明
- これまでに風しんの抗体検査（妊婦健診を含む）を受けたことはありますか？【受検歴】
- ある ない 不明
- （「ある」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果はありますか。
- ある ない 不明
- これまでに風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチン（MRワクチン）を含む）の接種を受けたことはありますか？【ワクチン接種歴】
- ある ない 不明
- これまでに採血をして気分や体調が悪くなったことはありますか？
- ある ない
- 現在、発熱、発疹、リンパ節の腫れ等の症状がありますか？
- ある ない
- 3週間以内に風しん患者との接触がありましたか？
- ある ない 不明

—受検者署名欄—

上記内容に間違いがないことを確認します。自 署： _____

【医師記入欄】担当医は□欄にチェックして下さい。

・対象者の住所は北九州市、福岡市及び久留米市を除く居住地と確認した。

確認書類： 運転免許証 健康保険被保険者証 住民票 その他（ ）

対象者が感染予防に十分な免疫を保有していない、又は不明であることを確認した。

・（対象者が妊娠希望者以外の場合）妊娠希望者及び妊婦が感染予防に十分な免疫を保有していない、又は不明であることを確認した。

確認書類： 風しん抗体検査結果書 母子健康手帳

問診（受けていない、結果がわからない場合等） その他（ ）

・検査方法： HI法、LTI法 EIA法、ELFA法、CLEIA法、FIA法、CLIA法

—担当医署名欄—

上記内容を受検者に確認し、対象者に該当したため、風しん抗体検査を実施する。

医療機関名：

住 所：

電 話 番 号：

担当医： _____

※検査の結果抗体価が低かった場合、結果通知時点における予防接種実施状況を教えてください。

予防接種実施済み 予防接種実施予定あり 予防接種実施予定未定

風しん抗体検査問診票

受付番号		受付日	年 月 日
氏 名		生年月日	S・H・R 年 月 日生
性 別	男 ・ 女	年 齢	歳
住 所 連 絡 先	〒 市 町 村 電話番号：（ ）		

- あなたは次のどちらに該当しますか？（該当するもの全て選択）【検査理由】
- 妊娠希望者（妊婦は除く。）
- 妊娠希望者及び妊婦の配偶者（パートナーを含む）
- 妊娠希望者及び妊婦の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）
- これまでに風しんにかかったことはありますか？【既往歴】
- ある ない 不明
- （「ある」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。
- ある ない 不明
- これまでに風しんの抗体検査（妊婦健診を含む）を受けたことはありますか？【受検歴】
- ある ない 不明
- （「ある」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果はありますか。
- ある ない 不明
- これまでに風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチン（MRワクチン）を含む）の接種を受けたことはありますか？【ワクチン接種歴】
- ある ない 不明
- これまでに採血をして気分や体調が悪くなったことはありますか？
- ある ない
- 現在、発熱、発疹、リンパ節の腫れ等の症状がありますか？
- ある ない
- 3週間以内に風しん患者との接触がありましたか？
- ある ない 不明

—受検者署名欄—

上記内容に間違いがないことを確認します。自 署： _____

【医師記入欄】担当医は□欄にチェックして下さい。

・対象者の住所は北九州市、福岡市及び久留米市を除く居住地と確認した。

確認書類： 運転免許証 健康保険被保険者証 住民票 その他（ ）

対象者が感染予防に十分な免疫を保有していない、又は不明であることを確認した。

・（対象者が妊娠希望者以外の場合）妊娠希望者及び妊婦が感染予防に十分な免疫を保有していない、又は不明であることを確認した。

確認書類： 風しん抗体検査結果書 母子健康手帳

問診（受けていない、結果がわからない場合等） その他（ ）

・検査方法： HI法、LTI法 EIA法、ELFA法、CLEIA法、FIA法、CLIA法

—担当医署名欄—

上記内容を受検者に確認し、対象者に該当したため、風しん抗体検査を実施する。

医療機関名：

住 所：

電 話 番 号：

担当医： _____

※検査の結果抗体価が低かった場合、結果通知時点における予防接種実施状況を教えてください。

予防接種実施済み 予防接種実施予定あり 予防接種実施予定未定