別記様式２

風 し ん 抗 体 検 査 申 込 書

風しん抗体検査事業は、市町村が東京都からの委託を受け、市町村ごとに地域住民を対象とした抗体検査を行っているものです。

フ リ ガ ナ					
氏　　名					
生 年 月 日	年　　月　　日	年齢	歳	性別	
住　　所					
電 話 番 号	（　　）	自宅 ・ 勤務先 携帯電話			
申 込 区 分	１ 妊娠希望女性 ▪ ２ 妊婦の同居者 ▪ ３ 妊娠希望女性の の同居者 ※				
署　　名	上記申込区分に該当しますので、風しん抗体検査を申し込みます。 検査申込日：　　年　　月　　日　検査申込者署名：				
（備　考）					

※先天性風しん症候群発生防止のため、同居の妊娠希望女性の風しん抗体保有状況についても御確認願います。
確認方法（例）：母子健康手帳でワクチン２回接種を確認、医療機関で抗体検査受検　等

〔 留意事項 〕

＊　風しん抗体検査では、風しんに対する抗体を十分に保有しているかを確認します。検査の結果、抗体価が十分ではない場合には、予防接種を受けることを検討してください。（ＨＩ抗体価16倍以下、ＥＩＡ価8.0未満（ﾃﾞﾝｶ生研）又は国際単位①30IU/ml未満（ｼｰﾒﾝｽﾍﾙｽｹｱ･ﾀﾞｲｱｸﾞﾉｽﾃｨｸｽ㈱、極東製薬工業㈱）、国際単位②45IU/ml未満（ｼｽﾒｯｸｽ･ﾋﾞｵﾒﾘｭｰ㈱、ﾍﾞｯｸﾏﾝ･ｺｰﾙﾀｰ㈱））

＊　予防接種（風しん含有ワクチン：ＭＲワクチン等）を１回受けることにより、約９５％の方が十分な免疫を獲得することができます。２回接種することでより確実な予防が可能となります。

＊　風しん含有ワクチンによる予防接種を２回以上受けた方（書類等で記録が確認できる方）及び風しん抗体検査事業における検査を受けたことのある方は、抗体検査は不要な方となります。特にご希望される場合は、自己負担での検査となります。

＊　これまでに抗体検査を受けられている方で、抗体価が十分でないという記録が確認できる方は、検査は不要です（市町村が実施する「先天性風しん症候群対策の予防接種」を受けることができます）。

〔実施者使用欄〕

受 付 年 月 日	年　　月　　日	（住所等確認方法） ・ 健康保険証 ・ 運転免許証 ・ その他（　　）
結 果 説 明 日	年　　月　　日	
予防接種要否	要　　・　　不要	（備考）
整 理 番 号	□□―□□―□□□□（□□）	