

### 鳥取県風しん抗体価検査受検申込（問診）書

検査を希望される方は、以下の質問について、該当するものを○でお囲みください。  
 ※「受検対象者」に該当された方のみ受診申込みを行うことができます。

＜受検資格確認＞

1-a 昭和 37 年 4 月 2 日から昭和 54 年 4 月 1 日生まれの男性 はい

↓ いいえ

1-b 過去に風しん抗体価検査を受け、十分な抗体がある  
 (HI 法:32 倍以上、EIA 法:8.0 以上又は国際単位(1)30IU/mL 以上又は国際単位(2)45IU/mL 以上)  
※EIA 価はデンカ生研社製、国際単位(1) (IU/mL) はシーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社、極東製薬工業株式会社、国際単位(2) (IU/mL) はシスメックス・バイオメリュー株式会社、ベックマン・コールター株式会社製の風しん IgG 測定キットを使用した場合の判定基準である。

↓ いいえ・わからない

2 妊娠を希望する女性である。 はい

↓ はい

3 以下①～④のいずれかに当てはまる。  
 (当てはまるものに○をつけてください)  
 ①妊娠を希望する女性の配偶者 (※1)  
 ②妊娠を希望する女性の同居者 (※2)  
 ③風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者 (※1)  
 ④風しんの抗体価が低い妊婦の同居者 (※2)  
※1: 婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の者を含む  
 ※2: 生活空間を同一にする頻度が高い者

↓ はい

4 以下⑤、⑥のいずれかに当てはまる。  
 (当てはまるものに○をつけてください)  
 ⑤昭和 54 年 4 月 2 日から昭和 62 年 10 月 1 日生まれの男性  
 ⑥昭和 37 年 4 月 1 日以前生まれであり、今年度 3 月 31 日時点で 60 歳未満の男性

↓ はい

↓ いいえ

受検対象者です 受検対象者ではありません クーポン券を利用して受検できます。詳しくはお住まいの市町村にお問い合わせください。

※以下の申込者記入欄に必要事項をご記入ください

年 月 日

総合事務所長  
 (委託医療機関) 様

以下に掲げる承認事等について承諾の上、鳥取県風しん抗体価検査の受検を申し込みます。

○受検申込者記入欄

※自署で記入願います。

|      |             |          |   |
|------|-------------|----------|---|
| フリガナ |             | 住所       |   |
| 氏名   | (男・女)       |          |   |
| 生年月日 | 年 月 日 (満 歳) | 電話番号 ( ) | - |

□郵送による検査結果の送付を希望します。

(承認事項)

①医療機関が検査結果を事業実施主体である県へ報告すること。②県が検査結果を個人が特定されない形で各種統計情報としてとりまとめ、傾向分析及び国への報告等に活用すること。(個人を特定できる形で検査結果を公表することはありません。)

○検査結果 (医療機関記入欄)

|                                   |                             |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| ・HI 法 : _____ 倍<br>・EIA 法 : _____ | 医療機関名 : _____ 担当医 : _____ 印 |
|-----------------------------------|-----------------------------|