

令和8年度越谷市風しん抗体検査申込書兼検査結果通知書

- 注意事項：1 検査日時時点で越谷市に住民登録がある方が、越谷市内の委託医療機関で検査を実施した場合に、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4月1日から令和9年3月31日までに実施した検査です。
- 3 住所など、ご記入いただいたことを医療機関で確認するため、マイナンバーカード、資格確認書、運転免許証、生活保護受給証、パスポート、住民票の写しのいずれかを医療機関の窓口に提示してください。
- また、抗体価が低い妊婦の同居者が申し込む場合は、母子健康手帳も提示してください。

検査日時 の住所	越谷市	確認方法	※医療機関記入 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	(電話)			
氏名	カガナ	生年月日	S・H	年 月 日 ( 歳)
		性別	男 ・ 女	

●ア～ウの該当するものに、ご本人がレ点を記入してください。  
※下の①～③のすべてと、④～⑥のうち1つに該当した方が、風しん抗体価検査の対象です。

【ア】 全ての方

- ①過去に風しん抗体検査を受けたことがない(妊婦健診含む)。  
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。

【イ】 妊娠を希望する女性

- ④年齢が18歳以上50歳未満で妊娠を希望している。

【ウ】 同居者の方

- ⑤「年齢が18歳以上50歳未満で妊娠を希望している女性」の同居者である。  
⑥「風しんの抗体価が低い(HI法で32倍未満、EIA(IgG)法で8.0未満)妊婦」の同居者である。→→→

※医療機関記入  
母子健康手帳確認

⑤、⑥の方は、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妊婦の氏名・続柄・生年月日を記入してください。

氏名	続柄	生年月日
		S・H 年 月 日

記載内容が事実と異なり、越谷市風しん抗体検査の対象者でないことが判明した場合は、全額自己負担することに同意のうえ検査を申込みます。検査の結果、風しん抗体価が低いことが判明した場合は、風しんの予防接種を受けます。

検査申込日：令和 年 月 日 検査申込者署名： \_\_\_\_\_

※医療機関記入欄(検査はHI法を原則とする)

検査結果判明後、下表を記入の上、検査申込者に予防接種の必要性について説明してください。  
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してください。

性別	<input type="checkbox"/> ④女性		<input type="checkbox"/> ⑤妊娠を希望する女性の同居者							
	<input type="checkbox"/> ⑥抗体価が低い妊婦の同居者									
検査方法	<input type="checkbox"/> HI法		<input type="checkbox"/> EIA(IgG)法		<input type="checkbox"/> HI法			<input type="checkbox"/> EIA(IgG)法		
抗体価(数値を記入)	倍		倍		倍			倍		
抗体価(数値区分選択)	<input type="checkbox"/> 32倍未満	<input type="checkbox"/> 32倍以上	<input type="checkbox"/> 8.0未満	<input type="checkbox"/> 8.0以上	<input type="checkbox"/> 8倍未満	<input type="checkbox"/> 8、16倍	<input type="checkbox"/> 32倍以上	<input type="checkbox"/> 陰性又は判定保留	<input type="checkbox"/> 8.0未満の陽性	<input type="checkbox"/> 8.0以上の陽性
風しん予防接種の必要性	接種が推奨しなため、予防	十分な免疫があり、予防	接種が推奨しなため、予防	十分な免疫があり、予防	接種が推奨しなため、予防	発症や重症化を予防できる免疫はあります。確実な予防を希望される方は予防接種を医師にご相談ください。	十分な免疫があり、予防	接種が推奨しなため、予防	発症や重症化を予防できる免疫はあります。確実な予防を希望される方は予防接種を医師にご相談ください。	十分な免疫があり、予防

上記のとおり、検査結果及び予防接種の必要性について説明しました。 ⇒抗体価が低い場合のみ記載  
予防接種は当院で実施します。接種(予定)日：令和 年 月 日  
予防接種ができる医療機関を紹介しました。医療機関名：  
検査実施医療機関名： \_\_\_\_\_ 担当医師署名 \_\_\_\_\_