

令和 7 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 7 年 4 月 1 日から令和 8 年 3 月 3 1 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、健康保険証、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。

検査日時点 の住所	越谷市	確認方法	※医療機関記入 ☐ マイナンバーカード ☐ 健康保険証 ☐ 運転免許証 ☐ 生活保護受給者 ☐ 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。→→→
- 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。

※医療機関記入 ☐ 母子健康手帳確認	
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H I 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	☐ ④女性 ☐ ⑥抗体価が低い妊婦の同居者				☐ ⑤妊娠を希望する女性の同居者					
検査方法	☐ HI法		☐ E I A (I g G) 法		☐ HI法			☐ E I A (I g G) 法		
抗体価 (数値を記入)	倍		倍		倍			倍		
抗体価 (数値区分 選択)	☐ 32倍 未満	☐ 32倍 以上	☐ 8.0未満	☐ 8.0以上	☐ 8倍未満	☐ 8、16倍	☐ 32倍 以上	☐ 陰性又は 判定保留	☐ 8.0未満 の陽性	☐ 8.0以上 の陽性
風しん予防 接種の必要 性	接免 種疫 をが 推不 奨十 分な 疫免 あり がま せな す。 予 防	種十 分な 疫免 あり がま せな す。 予 防	接免 種疫 をが 推不 奨十 分な 疫免 あり がま せな す。 予 防	種十 分な 疫免 あり がま せな す。 予 防	接免 種疫 をが 推不 奨十 分な 疫免 あり がま せな す。 予 防	防発 接症 種や を重 医実 師症 に化 ご予 相防 談を 希予 望防 さ可 る だ免 性 い疫 は 予 り	種十 分な 疫免 あり がま せな す。 予 防	接免 種疫 をが 推不 奨十 分な 疫免 あり がま せな す。 予 防	防発 接症 種や を重 医実 師症 に化 ご予 相防 談を 希予 望防 さ可 る だ免 性 い疫 は 予 り	種十 分な 疫免 あり がま せな す。 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。

検査実施医療機関名： _____ 担当医師署名 _____