

令和6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6年4月1日から令和7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、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で提示してください。
- 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			
	(電話)		<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> その他 ()			
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①～④のすべてと、⑤～⑦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。
- ④昭和37年(1962年)4月2日から昭和54年(1979年)4月1日の間に生まれた男性ではない。
- ※上記の間に生まれた男性は、風しんの追加的対策事業の対象者となり、当事業対象外です。

【イ】 妊娠を希望する女性

- ⑤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

- ⑥「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。
- ⑦「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。→→→
- ⑥、⑦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	
<input type="checkbox"/> 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"/> ⑤女性		<input type="checkbox"/> ⑥妊娠を希望する女性の同居者							
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	接種を推奨しません。予防	十分な必要ありません。予防	接種を推奨しません。予防	十分な必要ありません。予防	接種を推奨しません。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。	十分な必要ありません。予防	接種を推奨しません。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。	十分な必要ありません。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 _____