

愛媛県

風しん抗体検査受検（申込）票

保健所受付番号

【県保存用】

必ずお読みください。

愛媛県が実施する風しん抗体検査について

○ 愛媛県では、令和 年3月31日までの期間（受検有効期限）風しん抗体検査を医療機関において無料で実施します。

○ 検査は、①～③のいずれかに該当する方が申し込めます。

① 妊娠を希望する女性

② 妊娠を希望する女性（風しん抗体価の高い方を除く。）の配偶者などの同居者

③ 風しん抗体価の低い妊婦の配偶者などの同居者

※ただし、以下の方は対象外となります。

① 松山市の住民基本台帳に登録されている方

② 風しん抗体価が高い方

【注意事項】

○ 風しん含有ワクチン接種の助成ではありません。ワクチン接種は自費（任意接種）です。

○ 受検できる医療機関は別紙「風しん抗体検査実施医療機関一覧」に掲載しています。

○ 受検する医療機関には事前にお問い合わせのうえ、この検査受検（申込）票を提出してください。

○ 御不明な点がありましたら県健康増進課感染症対策グループ089-912-2402まで御連絡ください。

私は、上記の内容を確認したうえで、「風しん抗体検査」を希望します。

受検申込者（自署） ※ 枠内は全て **ボールペン** で記入してください。

令和 年 月 日

住 所	〒（ ）		
氏 名 （ふりがな）	（ふりがな）	性 別	男 性 ・ 女 性
生 年 月 日・年 齢	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 生 （ ） 歳		
連絡先電話番号（携帯可）			
①これまでに風しんの予防接種を受けたことがありますか。		はい（ 年頃） ・ いいえ	
②これまでに風しんの抗体検査を受けたことがありますか。		はい（ 年頃） ・ いいえ	
③これまでに風しんにかかったことがありますか。		はい（ 年頃） ・ いいえ	
④その他、検査を希望する理由			
⑤これまで採血をして気分が悪くなったことがありますか。		はい ・ いいえ	

医療機関記入

受付日	令和 年 月 日	整理番号	番
医療機関名			
検査種類	☐ 風しん抗体検査（H I 法）	☐ 風しん抗体検査（E I A 法）	
検査結果 (抗体価)	() 倍	・ 陰性又は判定保留	
		・ 陽性	E I A 価 ()
			国際単位① (IU/ml)
			国際単位② (IU/ml)
指導内容	HI法		EIA法
	・ 免疫を保有していないため、風しん含有ワクチンの接種を推奨する		陰性又は判定保留
	・ 風しんの免疫はあるが、感染予防には不十分であるため、風しん含有ワクチンの接種を推奨する		陽性 EIA価8.0未満 国際単位①30IU/ml未満 国際単位②45IU/ml未満
	・ 十分な免疫を保有しているため、風しん含有ワクチンの接種は必要ない		陽性 EIA価8.0以上 国際単位①30IU/ml以上 国際単位②45IU/ml以上
担当医師名	医 師 :		

愛媛県

風しん抗体検査受検（申込）票

保健所受付番号

【受検者保存用】

必ずお読みください。

風しん・先天性風しん症候群の予防について

○「風しん」について

—— 発しん、リンパ節の腫れ、発熱が特徴の病気です。

軽い症状の場合が多いですが、大人がかかると症状がひどく長く続くことがあります。

○「先天性風しん症候群」について

—— 妊婦や妊娠初期の女性が風しんにかかることで、赤ちゃんの心臓や目、耳などに生まれつき障害が起こる病気で、特に注意が必要です。

○ 予防について

—— 生まれてくる赤ちゃんを先天性風しん症候群から守るためには、女性が妊娠前までに、予防接種を受けて風しんの予防をすることがとても大切です。

—— また、周囲の人が予防接種を受けることで、自分自身とともに、他の人への感染を防ぎ、妊婦と赤ちゃんを含めた社会全体を風しんから守ることにつながります。

◎抗体検査の結果、免疫が不十分と指導された方は、風しん含有ワクチンを接種しましょう。

※妊娠中の方や基礎疾患のある方など接種できない場合もあります。また、接種後2カ月は避妊する必要があります。ワクチン接種にあたっては、必ずかかりつけ医師と相談して、接種を検討してください。

※ワクチンは、麻しん風しん混合ワクチン（MRワクチン）を推奨します。接種費用は、自費となります。

私は、「風しん抗体検査」を希望します。

受検申込者（自署） ※ 枠内は全て **ボールペン** で記入してください。

令和 年 月 日

住 所	〒（ ）		
氏 名 (ふりがな)	(ふりがな)	性 別	男 性 ・ 女 性
生 年 月 日・年 齢	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 生 () 歳		
連絡先電話番号（携帯可）			
①これまでに風しんの予防接種を受けたことがありますか。		はい（ 年頃） ・ いいえ	
②これまでに風しんの抗体検査を受けたことがありますか。		はい（ 年頃） ・ いいえ	
③これまでに風しんにかかったことがありますか。		はい（ 年頃） ・ いいえ	
④その他、検査を希望する理由			
⑤これまで採血をして気分が悪くなったことがありますか。		はい ・ いいえ	

医療機関記入

受付日	令和 年 月 日	整理番号	番
医療機関名			
検査種類	☐ 風しん抗体検査（H I 法）	☐ 風しん抗体検査（E I A 法）	
検査結果 (抗体価)	() 倍	・ 陰性又は判定保留	
		・ 陽性	E I A 価 ()
			国際単位① (IU/ml)
			国際単位② (IU/ml)
指導内容	HI法		EIA法
	・ 免疫を保有していないため、風しん含有ワクチンの接種を推奨する		陰性又は判定保留
	・ 風しんの免疫はあるが、感染予防には不十分であるため、風しん含有ワクチンの接種を推奨する		陽性 EIA価8.0未満 国際単位①30IU/ml未満 国際単位②45IU/ml未満
	・ 十分な免疫を保有しているため、風しん含有ワクチンの接種は必要ない		陽性 EIA価8.0以上 国際単位①30IU/ml以上 国際単位②45IU/ml以上
担当医師名	医 師 :		

愛媛県

風しん抗体検査受検（申込）票

保健所受付番号

【医療機関保存用】

愛媛県が実施する風しん抗体検査について

必ずお読みください。

○ 愛媛県では、令和 年3月31日までの期間（受検有効期限）風しん抗体検査を医療機関において無料で実施します。

○ 検査は、①～③のいずれかに該当する方が申し込めます。

① 妊娠を希望する女性

② 妊娠を希望する女性（風しん抗体価の高い方を除く。）の配偶者などの同居者

③ 風しん抗体価の低い妊婦の配偶者などの同居者

※ただし、以下の方は対象外となります。

① 松山市の住民基本台帳に登録されている方

② 風しん抗体価が高い方

【注意事項】

○ 風しん含有ワクチン接種の助成ではありません。ワクチン接種は自費（任意接種）です。

○ 受検できる医療機関は別紙「風しん抗体検査実施医療機関一覧」に掲載しています。

○ 受検する医療機関には事前にお問い合わせのうえ、この検査受検（申込）票を提出してください。

○ 御不明な点がありましたら県健康増進課感染症対策グループ089-912-2402まで御連絡ください。

私は、上記の内容を確認したうえで、「風しん抗体検査」を希望します。

受検申込者（自署） ※ 枠内は全て **ボールペン** で記入してください。

令和 年 月 日

住 所	〒（ ）		
氏 名 (ふりがな)	(ふりがな)	性 別	男 性 ・ 女 性
生 年 月 日・年 齢	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 生 () 歳		
連絡先電話番号（携帯可）			
①これまでに風しんの予防接種を受けたことがありますか。		はい（ 年頃） ・ いいえ	
②これまでに風しんの抗体検査を受けたことがありますか。		はい（ 年頃） ・ いいえ	
③これまでに風しんにかかったことがありますか。		はい（ 年頃） ・ いいえ	
④ その他、検査を希望する理由			
⑤これまで採血をして気分が悪くなったことがありますか。		はい ・ いいえ	

医療機関記入

受付日	令和 年 月 日	整理番号	番
医療機関名			
検査種類	☐ 風しん抗体検査（H I 法）	☐ 風しん抗体検査（E I A法）	
検査結果 (抗体価)	() 倍	・ 陰性又は判定保留	
		・ 陽性	E I A 価 ()
			国際単位① (IU/ml)
			国際単位② (IU/ml)
指導内容	HI法		EIA法
	・ 免疫を保有していないため、風しん含有ワクチンの接種を推奨する		陰性又は判定保留
	・ 風しんの免疫はあるが、感染予防には不十分であるため、風しん含有ワクチンの接種を推奨する		陽性 EIA価8.0未満 国際単位①30IU/ml未満 国際単位②45IU/ml未満
	・ 十分な免疫を保有しているため、風しん含有ワクチンの接種は必要ない		陽性 EIA価8.0以上 国際単位①30IU/ml以上 国際単位②45IU/ml以上
担当医師名	医 師 :		