

札幌市風しん抗体検査問診票

※太枠内をご記入ください

受検年月日	平成 年 月 日	(医療機関)
氏名	(フリガナ)	所在地 名称 氏名
	様	1. 男 2. 女
名	1 2 3 4 明・大・昭・平 年 月 日生 歳	
住所	札幌市 区	(自宅) TEL -

<問 診>

これまで風しんに感染したことがありますか。	ある・ない・わからない
これまで風しんの予防接種を受けたことがありますか。	ある・ない・わからない
これまで風しん抗体検査を受けたことがありますか。	はい・いいえ・わからない
【女性の方へ質問です】 妊娠を予定または希望していますか	はい・いいえ
【男性の方へ質問です】 あなたの配偶者(パートナー)は現在妊娠中ですか。	はい・いいえ
【男性の方へ質問です】 あなたの配偶者(パートナー)は風しんの抗体価が低い(HI法で16倍以下、EIA法で8.0未満に該当する)ことが確認されていますか。	はい・いいえ・抗体検査を受けたことがない

風しん抗体検査の目的等について理解したうえで、札幌市が実施する風しん抗体検査を希望しますか。
希望する 希望しない
平成 年 月 日 氏名(自署) _____

<判定結果>

(1) HI法 ()
(2) EIA法 ()
→風しん抗体価が低い方は、予防接種を 【実施した ・ 実施していない】

※HI法で16倍以下、EIA法で8.0未満の場合は抗体価が低いとみなします