

鳥取県風しん抗体価検査受検申込（問診）書

検査を希望される方は、以下の質問について、該当するものを○でお囲みください。
※鳥取県内在住で「受検対象者」に該当された方のみ受診申込みを行うことができます。

＜受検資格確認＞

1	過去に風しん抗体価検査を受け、十分な抗体がある
---	-------------------------

いいえ・わからない

2	妊娠を希望する女性である。
---	---------------

いいえ

3	以下①～④のいずれかに当てはまる。 （当てはまるものに○をつけください） ①妊娠を希望する女性の配偶者（※1） ②妊娠を希望する女性の同居者（※2） ③風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者（※1） ④風しんの抗体価が低い妊婦の同居者（※2） ※1：婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の者を含む ※2：妊娠を希望する女性または風しん抗体価が低い妊婦が居住する空間を同一にする頻度が高い者
---	---

はい

はい

いいえ

はい

はい

受検対象者です

受検対象者ではありません

※以下の申込者記入欄に必要事項をご記入ください

年 月 日

総合事務所長
（委託医療機関） 様

以下に掲げる承認事項について承諾の上、鳥取県風しん抗体価検査の受検を申し込みます。

○受検申込者記入欄

※自署で記入願います。

フリガナ		住 所	
氏 名	(男・女)		
生年月日	年 月 日 (満 歳)	電話番号 ()	—

□郵送による検査結果の送付を希望します。

（承認事項）

①医療機関が検査結果を事業実施主体である県へ報告すること。②県が検査結果を個人が特定されない形で各種統計情報としてとりまとめ、傾向分析及び国への報告等に活用すること。（個人を特定できる形で検査結果を公表することはありません。）

○検査結果（医療機関記入欄）

☐ H I 法： _____ 倍（基準値：32 倍）
☐ E I A 法（ウイルス抗体 EIA「生検」（ルベラ IgG テンカ生検株式会社））： _____（基準値：8.0）
☐ E I A 法（エンザイグノスト B 風疹／IgG（シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社））： _____ IU/ml（基準値：30 IU/ml）
☐ その他： _____（検査方法： _____）
医療機関名： _____ 担当医： _____