

### 風しんの抗体検査受診票

※太枠内をご記入ください。

※本受診票は、昭和37（1962）年4月2日から昭和54（1979）年4月1日の間に生まれた男性を対象に地方公共団体が実施する風しん抗体検査用に作成された書式です。

住民票に記載されている住所	東京都 大田区
氏名	岩城 真也 (男)
生年月日	昭和46年7月29日生 (満50歳)

券種	抗体検査券	1
請求先	東京都大田区	131113
発券No.	2000000941	有効期限2023年3月
(氏名) 岩城 真也 (ご本人控え)		

質問事項	回答欄		医師記入欄
現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	いいえ	<input checked="" type="radio"/> はい	
これまでに風しんにかかったことがありますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
(「はい」の場合) そのときの風しんの抗体検査の結果や診断書等の記録はありますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
風しんの抗体検査を平成26年(2014年)4月1日以降に受けましたか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
(「はい」の場合) そのときの風しんの抗体検査の結果の記録はありますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
生後から今までに風しんワクチン又は麻しん・風しん混合(MR)ワクチン又は麻しん・風しん・おたふくかぜ(MMR)ワクチンをあわせて1回以上接種したことがありますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
(「はい」の場合) そのときの予防接種の記録はありますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
予防接種の種類(該当に○) (風しんワクチン ・ MRワクチン ・ MMRワクチン )	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	

#### 風しんの抗体検査の実施に関する同意書

下記に該当する場合、にを入れてください。がなかった場合、風しんの抗体検査を希望されたものとみなします。

私は、風しんの抗体検査をうけることを希望いたしません。

#### 風しんの抗体検査の個人情報取り扱いに関する同意書 (医師の診察の結果、検査が必要と判断された後に記入してください。)

この受診票(抗体検査の結果を含む)は、市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出され、個人情報保護に関する条例に基づき、市区町村が適正に管理します。このことを理解し、同意いただける場合はご署名下さい。

(署名のない場合は、検査を無料で受けることはできません。)

2022年7月27日 被検者自署 岩城 真也

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被検者との続柄を記載)

医師記入欄	<p>対象者の平成26年4月1日以降の風しんの抗体検査の結果は(あり・<input checked="" type="radio"/>なし・不明または記録なし)と確認した。 「あり」の場合、抗体検査の結果から、風しんの第5期の定期接種の(<input checked="" type="radio"/>対象・非対象)と判断した。</p> <p>対象者のこれまでの風しんのワクチン接種歴は(あり・<input checked="" type="radio"/>なし・不明または記録なし)と確認した。 「あり」の場合、確認したワクチン接種歴は、以下のとおり。</p> <p>1回目: 接種ワクチン(風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン) 接種日( 年 月 日)</p> <p>2回目: 接種ワクチン(風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン) 接種日( 年 月 日)</p> <p>以上の問診の結果、今回の抗体検査は(<input checked="" type="radio"/>必要・不要)と判断した。</p> <p>医師署名又は記名押印 溝谷 弘成</p>
-------	---

風しんの抗体検査の結果 (※裏面の付表2を参照)	判定結果	実施場所・医師名・検査年月日	
検査方法: <input checked="" type="checkbox"/> HI 法	(いずれかに○) 風しんの第5期の定期接種 <input checked="" type="radio"/> 対象	実施場所 溝谷医院	医療機関等コード 1811133511
抗体価 32 単位 倍・EIA価・IU/mL	風しんの第5期の定期接種 <input checked="" type="radio"/> 非対象	医師名 溝谷 弘成	検査年月日 2022年7月27日 (西暦)
検査番号 (※裏面の付表1を参照)			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	(該当する検査番号の口を黒く(■)塗りつぶしてください)	

#### 風しん抗体検査の結果、「定期接種の対象」と判定された方へ

あなたは、風しんの抗体検査の結果、風しんの第5期の定期接種の対象と判定されました。

この受診票を持参して、予防接種を実施している医療機関を受診し、風しんの予防接種を受けてください。