

大人の風しん予防接種申請書

伊東市長 様

申請日 令和 年 月 日

申請者

フリガナ 氏 名	印	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
住 所	〒 -	電話番号	- -

実施者（申請者と同一の場合は記入不要）

フリガナ 氏 名		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
住 所	〒 -	電話番号	- -
		続 柄	

Q1. いずれかにチェックをつけてください。

1 ☐ 妊娠を希望する女性

2 ☐ 妊娠を希望する女性の同居者

3 ☐ 抗体価の低い妊婦の同居者

Q2. Q1で2にチェックをつけた方に質問です。

妊娠を希望する女性は抗体検査を受けたことがありますか。

はい いいえ

その方は抗体価が低いと判定されましたか。

はい いいえ

風しん抗体検査結果

検査日	令和 年 月 日		
検査実施医療機関			
検査結果	☐	HI法: 16倍以下 EIA法 (IgG抗体): 8.0未満 EIA法(風疹/IgG抗体): 30未満 ELFA法: 45 未満 LTI法: 30 未満 CLEIA法 (IgG抗体): 14.0未満 CLEIA法(ルペラIgG抗体): 45 未満 FIA法(BioPlex MMRV IgG 抗体): 3.0 未満 FIA法(BioPlex ToRC IgG 抗体): 30 未満	風しんの抗体がないか、 感染予防に十分な量の抗体を 持っていないと考えられます。
	☐	HI法: 32倍以下 EIA法 (IgG抗体): 8.0以上 EIA法(風疹/IgG抗体): 30以上 ELFA法: 45 以上 LTI法: 30 以上 CLEIA法 (IgG抗体): 14.0以上 CLEIA法(ルペラIgG抗体): 45 以上 FIA法(BioPlex MMRV IgG 抗体): 3.0 以上 FIA法(BioPlex ToRC IgG 抗体): 30 以上	風しんの感染予防に 十分な量の抗体を 持っていると考えられます。
予防接種 実施希望医療機関			

（健康推進課記入欄）

判 定	☐ 予防接種 対 象 ☐ 予防接種 非対象
-----	--

※ 対象者には依頼書を発行します。発行には申請後1週間程度かかります。