

記入方法

伊東市長 様

大人の風しん予防接種申請書

記入しないでください

申請者の自署の場合は
押印は不要です

申請日 令和 年 月 日

申請者

フリガナ 氏 名	イトウ タロウ 伊東 太郎 印	生年月日	昭和・平成 10 年 4 月 10 日(26 歳)
住 所	〒 414 - 〇〇〇〇 伊東市大原〇〇一△△	電話番号	090 - ×××× - ××××

予防接種を受ける本人についてご記入ください

実施者 (申請者と同一の場合は記入不要)

フリガナ 氏 名	イトウ ハナコ 伊東 花子	生年月日	昭和・平成 12 年 5 月 1 日(24 歳)
住 所	〒 414 - 〇〇〇〇 伊東市大原〇〇一△△	電話番号	090 - ×××× - ××××
		続 柄	妻

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

はい

抗体検査の結果表を見て
ご記入ください

風しん抗体検査結果

検査日	令和 7 年 4 月 10 日						
検査実施医療機関	〇〇クリニック						
検査結果	<table><tr><td>☒</td><td>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</td><td>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。</td></tr><tr><td>☐</td><td>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</td><td>市内の実施医療機関であれば、 抗体検査を受けた医療機関と別の 医療機関でも構いません</td></tr></table>	☒	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	市内の実施医療機関であれば、 抗体検査を受けた医療機関と別の 医療機関でも構いません
☒	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	市内の実施医療機関であれば、 抗体検査を受けた医療機関と別の 医療機関でも構いません					
予防接種 実施希望医療機関	〇〇クリニック						

(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。