

群馬県風しん抗体検査受診券 交付申請書

平成 年 月 日

ふりがな 氏名 (性別)	(男・女)	生年月日 (年齢)	昭和 年 月 日 ( 歳) 平成
住所	群馬県 市 郡 町 村		
電話	*日中、連絡がとれる電話番号をご記入ください。		

風しん抗体検査は、次の方が対象です。

群馬県に住所を有する方（前橋市・高崎市に住所を有する方を除く。）で、次のいずれかに該当する方

- 1 妊娠を希望する女性
  - 2 妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者  
(妊娠を希望する女性が下記(1)～(3)のいずれかに該当する場合、原則対象外)
  - 3 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者
- \*配偶者：婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある方を含みます。  
\*同居者：生活空間を同一にする頻度が高い方。

なお、以下のいずれかに該当する方は検査を受けられません。

- (1) これまでに、医療機関で検査をして風しんと言われたことがある。
- (2) これまでに、風しんの予防接種を受けたことがある。
- (3) これまでに、風しんの抗体検査を受けたことがある。

(妊娠を希望する女性または風しん抗体価の低い妊婦の『配偶者等』の方は記入してください。)

妊娠を希望する女性 または妊婦のふりがな氏名	
生 年 月 日	
住 所	
妊婦の場合 抗体価	HI 法 16 倍以下 ・ EIA 価 8.0 未満 ・ 国際単位①30IU/mL 未満 ・ ②45IU/mL 未満 (①②は使用検査キットによる)

保健所記入欄

(受付者： )

- 県内に住所を有している(中核市(前橋市・高崎市)を除く)ことを確認した(免・保・他( ))
- 対象者の要件を確認した
- 風しん予防に関する情報提供を行った
- 受診券を交付した

受診券  
交付番号

--