

## 令和7年度 群馬県麻疹・風しん抗体検査受診券 交付申請書

群馬県知事 様

年 月 日

|                    |                          |     |              |            |
|--------------------|--------------------------|-----|--------------|------------|
| ふりがな<br>氏名<br>(性別) | (男・女)                    |     | 生年月日<br>(年齢) | 年 月 日 ( 歳) |
| 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。 |     |              |            |

以下の項目について、当てはまるものに☑をつけてください。

## (1) 希望する検査について

| 希望する検査                           | 該当する対象者  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 麻疹抗体検査  | <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性<br><input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者*<br><input type="checkbox"/> 妊婦の同居者（抗体価は問わない）*<br><input type="checkbox"/> 0歳児の同居者* |
| <input type="checkbox"/> 風しん抗体検査 | <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性<br><input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者*<br><input type="checkbox"/> 風しんの抗体価が低い妊婦の同居者*                                      |

※本申請において「同居者」とは、生活空間を共有する頻度が高い方とします。

\* 0歳児、妊娠を希望する女性または妊婦の『同居者』の方は下欄にも記入してください。

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 0歳児、妊娠を希望する<br>女性または妊婦の氏名<br>ふりがな |   |
| 生年月日                              |   |
| 住所                                | 上記申請書に同じ  |
| 風しんの抗体が低い<br>妊婦と同居の場合：<br>妊婦の抗体価  | HI法 16倍以下 ・ EIA 価 8.0未満<br>国際単位①30IU/mL未満 ・ ②45IU/mL未満（①②は使用検査キットによる） |

## (2) 検査歴、予防接種歴、罹患歴について

① 過去に抗体検査（麻疹・風しん）を受けたことがありますか。

麻疹抗体検査： ☐ある ☐ない / 風しん抗体検査： ☐ある ☐ない

② ①で「ある」と回答した場合、十分な量の抗体はありましたか。

☐十分な量の抗体があった ☐抗体は低かった ☐覚えていない

③ ①で「ある」と回答した場合、本事業の助成を利用して受けましたか。

麻疹抗体検査： ☐はい ☐いいえ / 風しん抗体検査： ☐はい ☐いいえ

④ 過去に麻疹風しんワクチンを接種していますか。

麻疹風しん混合： ☐2回 ☐1回 ☐0回 ☐分からない麻疹単独： ☐2回 ☐1回 ☐0回 ☐分からない風しん単独： ☐2回 ☐1回 ☐0回 ☐分からない

裏面に続きます

⑤ 過去に麻しん風しんの確定診断を受けたことがありますか。

麻しん： ☐ある ☐ない / 風しん： ☐ある ☐ない

(3) 確認事項

① 以下のいずれかに該当する方は、本事業の助成を受けられません。

- ・過去に麻しん風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量の麻しんの抗体があることが判明し、当該予防接種を行う必要がない方。
- ・過去に本事業の助成を受けたことがある方。
- ・小学校入学前の方。
- ・過去に麻しん風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチン（MR ワクチン）、麻しん単独ワクチン、風しん単独ワクチンのいずれか）を2回以上接種している方。
- ・過去に麻しん又は風しんの確定診断を受けたことがある方。

② 麻しん風しん混合ワクチン（MR ワクチン）を接種することによって、95%程度の方が麻しんウイルスと風しんウイルスに対する免疫を獲得することができると言われています。また、2回の接種を受けることで1回の接種では免疫が付かなかった方の多くに免疫をつけることができます。

③ 本事業は抗体検査のみの助成となります。抗体検査の結果、十分な抗体がない（麻しん：EIA16.0未満、風しん：HI16倍以下）ことが判明した場合、予防接種を受けなければ、感染予防の効果は得られません。

④ 令和8年3月31日までに、抗体検査と結果説明まで受ける必要があります。

⑤ 本助成は1人1回までしか受けることができません。

⑥ （妊娠を希望する女性の場合）ワクチン接種後は2か月間妊娠を避けなければなりません。

☐ 上記①～⑥の内容について、確認しました。

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・マ・他（ ））
- ☐ 対象者の要件（除外要件）を確認した
- ☐ 確認事項に☑がついている
- ☐ 令和8年3月31日までに検査結果の説明を受ける必要がある旨を伝えた
- ☐ 麻しん・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