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	都道府県　　市区町村	
氏　名		男　・　女
生年月日	昭和　　年　　月　　日生　（満　　歳）	

（クーポン券貼付）

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	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	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	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	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	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	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。 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	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。）

年　　月　　日　被検者自署＿＿＿＿＿＿＿＿
（※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	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　・　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（　対象　・　非対象　）と判断した。 対象者のこれまでの風しんのワクチン接種歴は（　あり　・　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。 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） 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） 以上の問診の結果、**今回の抗体検査は（　必要　・　不要　）**と判断した。 医師署名又は記名押印

風しんの抗体検査の結果（※裏面の付表２を参照）		判定結果（いずれかに○）	実施場所・医師名・検査年月日
検査方法：　　法		風しんの第５期の定期接種 **対象**	実施場所　　医療機関等コード
抗体価	単位		医師名
	倍 ・ EIA価 ・ IU/mL その他（　　）	風しんの第５期の定期接種 **非対象**	検査年月日（西暦）　　年　　月　　日

検査番号（※裏面の付表１を参照）					
□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5	□ 6

（該当する検査番号の□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。

【参照】風しんの抗体検査受診票の記載に際して

● 付表１「検査番号」について

本受診票の表面に記載されている「検査番号」については、下表（**付表１**）に基づき、該当する番号の□を黒く塗りつぶして（■）下さい。検査方法の詳細と風しんの第５期の定期接種の対象となる抗体価の基準については、**付表２**を参照のこと。

検査番号	検査の実施機会	検査方法	風しんの抗体検査価格
1	健診等の機会に行う場合	HI法、LTI法	１，２９０円 （税込：１，３９３円）
2		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法	２，６８０円 （税込：２，８９４円）
3	月～金曜日午前８時から午後６時までの間、 または土曜日午前８時から正午までの間に 医療機関を受診して行う場合（休日※を除く）	HI法、LTI法	４，９３０円 （税込：５，３２４円）
4		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法	６，３２０円 （税込：６，８２５円）
5	上記以外の時間に医療機関を受診して行う場合	HI法、LTI法	５，４３０円 （税込：５，８６４円）
6		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法	６，８２０円 （税込：７，３６５円）

※日曜日、国民の祝日に関する法律第３条に規定する休日、１月２日、３日、１２月２９－３１日

● 付表２ 風しんの第５期の定期接種の対象となる抗体価基準

検査方法	抗体価（単位等）	測定キット名（製造販売元）
HI法（赤血球凝集抑制法）	８倍以下（希釈倍率）	風疹ウイルスＨＩ試薬「生研」 （デンカ生研株式会社）
	８倍以下（希釈倍率）	Ｒ－ＨＩ「生研」 （デンカ生研株式会社）
EIA法（酵素免疫法）	６．０未満（EIA価）	ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG （デンカ生研株式会社）
	１５未満 （国際単位（IU）/ml）	エンザイグノストＢ風疹/IgG （シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社）
ELFA法（蛍光酵素免疫法）	２５未満 （国際単位（IU）/ml）	バイダス アッセイキット RUB IgG （シスメックス・ビオメリュー株式会社）
LTI法（ラテックス免疫比濁法）	１５未満 （国際単位（IU）/ml）	ランピア ラテックス RUBELLA （極東製薬工業株式会社）
CLEIA法（化学発光酵素免疫法）	２０未満 （国際単位（IU）/ml）	アクセス ルベラIgG （ベックマン・コールター株式会社）
	１１未満（抗体価）	i-アッセイCL 風疹IgG （株式会社保健科学西日本）
FIA法（蛍光免疫測定法）	１．５未満 （抗体価AI*）	BioPlex MMRV IgG （バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社）
	１５未満 （国際単位（IU）/ml）	BioPlex ToRC IgG （バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社）

＊製造企業が独自に調整した抗体価単位
（今後キットの追加の可能性あり）

【注】本受診票の運用等に関する詳細は、昭和37年４月２日から昭和54年４月１日の間に生まれた男性を対象に実施する風しんの抗体検査及び予防接種法第５条第１項の規定に基づく風しんの第５期の定期接種の実施に向けた手引き、（同）医療機関・健診機関向け手引きをご参照ください。