[様式１]

# 令和８(2026)年度麻しん・風しん抗体検査申込書

**＜受検者記入欄＞　申込書は必ず受検者本人が記載し、該当する枠内にはみ出さずにチェックしてください。**

| | 姓 | 名 | 性　別 | 生年月日 | 年　齢 |
|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | | □　男 | □ 昭和 □ 平成 □ 西暦 | |
| 氏名 | | | □　女 | 年　月　日 | 歳 |
| 住所及び連絡先 | 〒　　－<br>電話番号　　－　　－ | | | | |

**問診項目**

**次の(1)(2)に該当するものをすべて記入してください。(風しんと麻しんの両方を受ける方はどちらも記入)**

(1)風しん抗体検査

□ ① 過去に風しん抗体検査を受けたことがない。
[検査を受けたことがある方は対象外です。]

□ ② 過去に風しんと診断されたことがない。
[検査で風しんと診断された方は対象外です。]

(2)麻しん抗体検査

□ ① 過去に麻しん抗体検査を受けたことがない。
[検査を受けたことがある方は対象外です。]

□ ② 過去に麻しんと診断されたことがない。
[検査で麻しんと診断された方は対象外です。]

**次のア～ウのあてはまる項目を記入してください。**

**ア【共通項目】検査をご希望する女性が記入してください。**

□ ① 妊娠していない。　[妊婦の方は妊婦健診で検査を受けてください。]

□ ② 概ね1年以内に妊娠を希望している。

□ ③ 年令が18歳以上である。

**イ【共通項目】同居者の方が記入してください。**

□ ① 風しん(麻しん)の抗体価が低い妊婦の同居者である。

□ ② 風しん(麻しん)の抗体価が低い妊婦は妊娠20週未満である。

**ウ【麻しん検査】同居者の方が記入してください。**

□ 0歳児の同居者である。

**確認項目**

以下の内容を御確認の上、チェックしてください。

□ 本検査は、栃木県が県内の医療機関に委託して実施しているものです。検査結果は、医療機関から実施主体である栃木県(保健福祉部感染症・疾病対策課)に提出されます。

□ 栃木県が本検査で得た個人情報を公表することは一切ありません。

□ 本検査は、麻しんによる流産、早産や風しんによる先天性風しん症候群の発生等を予防する目的で実施しています。検査の結果、抗体価が低い場合は予防接種を推奨します。

―受検者署名欄―

私は、上記の対象者要件を満たすので、麻しん抗体検査・風しん抗体検査を申し込みます。

本人自署:

**＜医療機関記入欄＞**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 受付日 | 令和　年　月　日 | 結果通知日 | 令和　年　月　日 |
| 検査結果 | 風しん(HI法):　倍 | 麻しん(EIA法): | (左記以外の方法): |
| | ※請求時の状況を記入してください。なお、検査の結果、十分な量の抗体を保有しておらず、かつ「ワクチン接種未実施」の受検者については、後日、栃木県保健福祉部感染症・疾病対策課からその後の接種状況を照会させていただくことがあります。 | | |
| ワクチン接種 | □ 実施　□ 未実施 | | |
| 医療機関名 | | 医師名 | |