

風しんワクチン予防接種費用助成申請書

太線の枠内の全ての項目について記入してください。

申込日 年 月 日

氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日	( 歳)
住所	朝日町				電話番号				

該当する箇所を☑してください。

1 あなたは、

- 妊娠を希望するまたは予定している女性
- 妊娠を希望する女性の配偶者
- 妊娠している女性の配偶者

2 これまでに風しんにかか<sup>かか</sup>に罹ったことはありますか。

- いいえ
- わからない
- はい → 接種対象外

注1) 風しんとの確定診断を受けたことがある方は風しんワクチン予防接種の必要はありません。

3 これまでに風しんの予防接種を2回接種したことはありますか。

- いいえ
- わからない
- はい → 接種対象外

注2) 風しんの予防接種とは、風しん単体ワクチン・MRワクチンのことを示します。

注3) 平成2年4月2日以降に生まれた方は、2回接種の機会がありました。

4 これまでに風しん抗体価検査を受けたことはありますか。

- はい
- いいえ → 接種対象外

注4) 過去に妊娠の経験がある方は、妊婦健診の際に抗体価検査を受けていることがあります。母子健康手帳をご確認ください。

5 4. で「はい」と答えた方はその検査受検日をご記入ください。

検査受検年月日 年 月 日

—保健センター記入欄—

風しん抗体価検査の結果を記入して下さい。

男女によって抗体価基準が異なります。太枠：女性 点線枠：男性

検査方法	風しん抗体価 (該当箇所)に☑		
H I 法	<input type="checkbox"/> 8 倍未満	<input type="checkbox"/> 8 倍・16 倍 いずれかに○をする	<input type="checkbox"/> 32 倍以上
E I A 法	<input type="checkbox"/> 陰性・判定保留	<input type="checkbox"/> 陽性 E I A 価※1 : 8.0 未満 国際単位※2 : ① 30 IU/mL 未満 ② 45 IU/mL 未満	<input type="checkbox"/> 陽性 E I A 価※1 : 8.0 国際単位※2 : ① 30 IU/mL 以上 ② 45 IU/mL 以上

※1 EIA価は生検社製の風しんIgG測定キットを使用した場合の判定基準

※2 国際単位① (IU/mL)はシーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社、極東製薬工業株式会社、②はシスメックス・ビオメリュー株式会社、バックマン・コールター株式会社製の風しんIgG測定キットを使用した場合の判定基準

上記の結果、風しんワクチン予防接種対象者として、

- 該当する
- 該当しない