

整理番号				
本人記入欄(太枠内囲まれた中にご記入ください)				医療機関 チェック欄 ↓ 本人の氏名、 住所、電話 番号等記入 もれはあり ませんか？ ☐ 全てに✓ 入っていま すか？ ☐ 該当する区 分の全てに ✓入っていま すか？ ☐
ふりがな		性別	男・女	
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)	
住 所	〒(—) ※奈良市在住の方は対象外です			
電話番号	自宅 or 携帯 : () — () — ()			
本検査の結果が奈良県に提出され、奈良県の風しん対策に活用されることに同意します。 検査に係る個人情報、個人情報の保護に関する法律に基づき、適切に管理・保護され、 これらの情報は、本人に断りなく、上記の目的以外に使用されることはありません。 自				
【確認事項】(該当する場合又は不明の場合は、□に✓を記入してください: <u>すべての□を満たす必要があります</u>)				
☐ 過去に風しん抗体検査を受けたこと ☐ 風しんの予防接種歴(2回以上)がない ☐ 検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がない				
【対象者区分】(□に✓を記入してください: <u>該当する区分のすべての□を満たす必要があります</u>)				
●対象者区分1 ☐ 初めての妊娠を希望し平成27年4月1日以前生まれ(注1) (平成2年4月2日生まれ以降は対象外) ☐ 妊娠中や経産婦でない(注2)				
●対象者区分2 ☐ 妊娠を希望する女性又は抗体価が低い妊婦の同居者(配偶者等) ☐ 平成2年4月1日以前生まれ(注1) (平成2年4月2日生まれ以降は対象外)				
検査項目		風しん抗体価(HI法)		
検査日	令和 年 月 日			
医療機関所在地:				
医療機関名 :				
担当医: _____ (自署または記名)				

(注1)平成2年4月2日生まれ以降は制度上定期接種2回となっており、これ以降にお生まれの方は県事業の対象外です。

(注2) 妊婦健康診査には風疹抗体検査が含まれています。

※ この受診票は、令和9年2月28日まで有効です。

※ この受診票を利用できる医療機関は、奈良県と契約した医療機関に限られます。

※ 医療機関は、この受診票に検査結果を記入のうえ、奈良県送付分に請求書、実績報告書を添付して県疾病対策課に提出してください。

(注1)平成2年4月2日生まれ以降は制度上定期接種2回となっており、これ以降にお生まれの方は県事業の対象外です。
(注2)妊婦健康診査には風疹抗体検査が含まれています。

※ この受診票は、令和9年2月28日まで有効です。

※ この受診票を利用できる医療機関は、奈良県と契約した医療機関に限られます。

※ 医療機関は、この受診票に検査結果を記入のうえ、奈良県送付分に請求書、実績報告書を添付して県疾病対策課に提出してください。

整理番号				
本人記入欄(太枠内囲まれた中にご記入ください)				医療機関 チェック欄 ↓
ふりがな		性別	男・女	
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)	
住 所	〒() ※奈良市在住の方は対象外です			本人の氏名、 住所、電話 番号等記入 もれはあり ませんか？
電話番号	自宅 or 携帯 : ()-()-()			
本検査の結果が奈良県に提出され、奈良県の風しん対策に活用されることに同意します。 検査に係る個人情報、個人情報の保護に関する法律に基づき、適切に管理・保護され、 これらの情報は、本人に断りなく、上記の目的以外に提供されることはありません。				☐
【確認事項】(該当する場合又は不明の場合に「口」に「✓」を記入してください:すべての口を満たす必要があります)				全てに✓ 入っていま すか？
☐ 過去に風しん抗体検査を受けたことがない ☐ 風しんの予防接種歴(2回以上)がある ☐ 検査で確定診断を受けた風しんの患者ではない				☐
【対象者区分】(口に✓を記入してください:該当する区分のすべての口を満たす必要があります)				該当する区 分の全てに ✓入っていま すか？
●対象者区分1 ☐ 初めての妊娠を希望し平成2年4月1日以前生まれの女性(注1)(平成2年4月2日生まれ以降は対象外) ☐ 妊娠中や経産婦でない(注2)				☐
●対象者区分2 ☐ 妊娠を希望する女性又は抗体価が低い妊婦の同居者(配偶者等) ☐ 平成2年4月1日以前生まれ(注1) (平成2年4月2日生まれ以降は対象外)				
検査項目		風しん抗体価(HI法)		医療機関 記入欄
検査日	令和 年 月 日	本人への 通知日	令和 年 月 日	
<結 果> HI法 倍				
(当てはまる口に✓を記入してください)				
☐ 16倍以下:風しん感染予防に十分な抗体を持っていない ☐ 32倍以上:風しん感染予防に十分な抗体を持っている				
医療機関所在地:				
医療機関名 :				
担当医: _____ (自署または記名)				

(注1)平成2年4月2日生まれ以降は制度上定期接種2回となっており、これ以降にお生まれの方は県事業の対象外です。
(注2)妊婦健康診査には風疹抗体検査が含まれています。
※ この受診票は、令和9年2月28日まで有効です。
※ この受診票を利用できる医療機関は、奈良県と契約した医療機関に限られます。
※ 医療機関は、この受診票に検査結果を記入のうえ、奈良県送付分に請求書、実績報告書を添付して
県疾病対策課に提出してください。

(注1)平成2年4月2日生まれ以降は制度上定期接種2回となっており、これ以降にお生まれの方は県事業の対象外です。
(注2)妊婦健康診査には風疹抗体検査が含まれています。

※ この受診票は、令和9年2月28日まで有効です。

※ この受診票を利用できる医療機関は、奈良県と契約した医療機関に限られます。

※ 医療機関は、この受診票に検査結果を記入のうえ、奈良県送付分に請求書、実績報告書を添付して県疾病対策課に提出してください。