

記載例

風しんの抗体検査受診票

※本受診票は、昭和37（1962）年4月2日から昭和54（1979）年4月1日まで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	抗体検査券 券種 1 請求先 ○○県○○市 123456 券No 0123456789 有効期限2020年03月 (氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十 12345678901234567 <small>〔国保連提出用〕</small>
氏名	甲	女	
生年月日	昭和		

抗体検査クーポン券（国保連提出用）を貼付してください。

住民票に記載されている住所とクーポン券の請求先市区町村が不一致の場合は返戻対象となります。

現時点で住民票の市区町村は同じですか。	回答欄		医師記入欄
	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受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

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「あり」の場合、抗体検査の結果から、風しんの第5期の定期接種対象者のこれまでの風しんのワクチン接種歴は（「あり」の場合、確認したワクチン接種歴は、以下の通り）	枠内に10桁（県番号+点数表+医療機関コード）の数字を記載してください。
	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 厚労病院○○○○○○○○○○
抗体価	風しんの第5期の定期接種 非対象	医師名 労働次郎
単位 倍・EIA価・IU/mL・その他（ ）		検査年月日 2019年○月○日（西暦）
検査番号（※裏面の付表1を参照）		医療機関等コード 2610000000
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		

風しん抗体検査の結果、「定期接種の対象」と判定されました。
 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。