

**【重要】昭和 37 年 4 月 2 日から昭和 54 年 4 月 1 日までの間に生まれた男性  
を対象に実施する風しん抗体検査及び風しん第 5 期の定期接種の実施  
について**

※対象となる方には、各市町村からクーポン券が送られてきます。

詳細は送付されるクーポン券をご確認ください。

※市町村により送付時期を年齢別に分けているようですので、送付されていない場合の  
お問い合わせは、お住まいの市町村にお問い合わせください。

～当院の対応は以下の通りとなります～

◇検査実施方法・時間帯	ア)内科外来 イ)生活習慣病事業主健診と同時受診（事前予約が必要）
(ア)内科受診	<b>受付時間：月曜日～金曜日 14:00～16:00</b> ※予約不要！ ※時間外、土日・祝日は対応不可。
(イ)健診（生活習慣病事業主健診）	電話予約をお願いします。 ※1日の対応人数を制限する場合があります。
◇抗体検査時に必要とされる書類等  ※検査や予防接種の留意点	1. <b>本人確認ができる書類</b> (免許証、マイナンバーカードなど=現住所確認が必要) 2. <b>クーポン券</b> 3. <b>風しんの抗体検査受診票</b> ⇒風しん罹患歴や、予防接種歴を記載する必要があります。 (母子手帳などをご確認下さい) ⇒病院にて配布後に記載。または次ページの受診票を印刷してご利用ください。
※クーポン券の発行元市区町村と居住している市区町村が異なる場合	クーポン券の発行元市町村と居住している市町村が一致しなければ、公費検査を受けることができません。住民票のある市町村からクーポンの再発行を受けてください。 ※不一致の状態のまま検査を受けた場合、検査費用は本人実費負担となります。
※クーポン券を紛失した場合	対象者であってもクーポン券がない場合には、抗体検査や予防接種を実施する事が出来ません。 住民票のある市町村からクーポンの再発行を受けてください。
※抗体価検査の結果報告の方法	郵送で対応します。 ※結果郵送目処（検査から1カ月程度） ※健診同時実施者は健診結果と同封となる場合もあります。
※風しん第5期定期予防接種に関して	※ワクチンの供給が滞りがちです。予防接種を希望される方は病院にお問い合わせください。
※当院以外の、予防接種可能な病院について	お住まいの市町村で確認して頂くか、厚生労働省HPより検索をお願いします。

# 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 市 区 府 県 町 村
氏 名	男 ・ 女
生年月日	昭和 年 月 日生（満 歳）

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

（※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： EIA 法	風しんの第5期の定期接種 対象	実施場所 公立丹南病院	医療機関等コード 1810714582				
抗体価	単位	医師名	検査年月日 年 月 日				
	倍・EIA法・IU/mL・ その他（ ）	風しんの第5期の定期接種 非対象	（西暦）				
検査番号（※裏面の付表1を参照）							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	（該当する検査番号の□を黒く（■）塗りつぶしてください）	

「公立丹南病院では、抗体価検査結果は郵送いたします。郵送には1週間以上かかりますのでご了承ください。」

## 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。