

横滨市风疹对策事业

风疹抗体检查申请书・记录表

不可在市内合作医疗机构以外使用。

※“麻疹风疹混合(MR)疫苗”或“风疹单独疫苗”接种2次以上的人员不属于本事业对象范围。

※怀孕期间的人员不属于本事业对象范围。(在孕妇体检时实施)

粗框内请全部填写，不要有遗漏。

| | | | |
|-----------------------------------|------|-----|---------------|
| 住 址 | 横滨市 | | 电话 |
| 姓 名 | 注音假名 | 性 别 | 出生日期 年 月 日 |
| | | 男・女 | |
| 确认事项 | | | 回答栏 |
| “麻疹风疹混合(MR)疫苗”或“风疹单独疫苗”是否接种过2次以上? | | | 是 否 |
| 【致女性人员】目前是否正在怀孕或有可能怀孕? | | | 是 否 |

请从1至3中选择相符的一项画○

| | |
|---|--------------------|
| 1 | 希望怀孕的女性 |
| 2 | 希望怀孕的女性的伴侣及共同居住的家人 |
| 3 | 孕妇的伴侣及共同居住的家人 |

◎进行风疹抗体检查

希望 (请亲笔签名) 姓名 _____

◎根据检查结果，免疫不充分时，是否希望进行MR(麻疹风疹混合)疫苗接种?

希望 ・ 不希望 ※自行负担3,300日元可进行接种

判定结果

HI法 (倍)

疫苗接种

 已实施

接种日期 年 月 日

 不实施

实施医疗机构・医师姓名・检查日期

实施医疗机构

医师姓名

检查日期 年 月 日

横滨市风疹对策事业

风疹抗体检查结果单

| | | |
|-----|------|---------------|
| 住 址 | 横滨市 | 电话 |
| 姓 名 | 注音假名 | 性 别 |
| | | 出生日期 年 月 日 |

〈关于检查结果〉

判定结果(H I 法)

32 倍以上

8 倍 · 16 倍

8 倍未滿

对于预防风疹感染，
认为具有充分的免疫。基本
上无需接种疫苗。

虽然具有免疫，但预防风疹
感染不充分。建议接种疫
苗。

不具有免疫，因此，建
议接种疫苗。

◎通过 1 次接种，约 95% 的人员可获得免疫。

◎关于预防接种的疫苗，考虑麻疹对策，建议采用“麻疹风疹混合疫苗”。

判定结果

H I 法 (倍)

疫苗接种

- 已实施
接种日期 年 月 日
- 不实施

实施医疗机构 · 医师姓名 · 检查日期

实施医疗机构

医 师 姓 名

检 查 日 期 年 月 日