

# 风疹抗体检查就诊单

※请将粗线框内填写完成。

※本就诊单是为地方公共团体以1962年4月2日至1979年4月1日期间出生的男性为对象，实施风疹抗体检查而制成的表格。

住民票记载住址	都 道	市 区
	府 县	町 村
姓 名		男 · 女
生 日	年 月 日生 (满 岁)	

(张贴免费就诊券)

确认事项	回答栏		医师填写栏
当前的住民票所在市区町村是否与免费就诊券记载的市区町村相同?	否	是	
迄今为止是否曾患过风疹? (回答“是”时)是否保存有当时的风疹抗体检查结果及诊断书等记录?	是	否	
2014年4月1日以后是否接受过风疹抗体检查? (回答“是”时)是否保存有当时的风疹抗体检查结果记录?	是	否	
出生后至今是否接受过1次以上的风疹疫苗或麻疹·风疹混合(MR)疫苗或麻疹·风疹·流行性腮腺炎(MMR)疫苗? (回答“是”时)是否保存有当时的预防接种记录? 预防接种的种类(在相符的选项上画○)( 风疹疫苗 · MR疫苗 · MMR疫苗 )	是	否	

**关于实施风疹抗体检查的同意书**  
符合下列情况时，请在□内打✓。未打✓时，视为希望接受风疹抗体检查。  
 本人不希望接受风疹抗体检查。

**关于使用风疹抗体检查个人信息的同意书** (请在根据医师诊察结果，判断需要进行检查之后填写。)  
本就诊单(包括抗体检查结果)将被提交给市区町村、国民健康保险中央会及国民健康保险团体联合会，按照个人信息保护相关条例，由市区町村进行妥善的管理。对此予以理解，并同意之时，请签名。  
(未签名时，不可免费接受检查。)

年 月 日 接受检查者亲笔签名  
(※无法亲笔签名的人员，由他人代替签名，填写代替签名者与接受检查者的关系。)

医师填写栏	<p>已确认对象人员2014年4月1日以后的风疹抗体检查结果(有·无·不明或无记录)。 确认“有”时，根据抗体检查结果，判断为风疹第5期定期接种(对象·非对象)。</p> <p>已确认对象人员迄今为止的风疹的疫苗接种经历(有·无·不明或无记录)。 确认“有”时，确认的疫苗接种经历如下。</p> <p>第1次: 接种疫苗(风疹疫苗·MR疫苗·MMR疫苗) 接种日期( 年 月 日)</p> <p>第2次: 接种疫苗(风疹疫苗·MR疫苗·MMR疫苗) 接种日期( 年 月 日)</p> <p>根据以上问诊结果，判断此次的抗体检查(需要·不需要)。</p> <p style="text-align: center;">医师签名或署名盖章</p>
-------	---

风疹抗体检查结果(※参照背面附表2)		判定结果 (选择其中之一画○)	实施场所·医师项目·检查日期	
检查方法:	法		实施场所	医疗机构等代码
抗体价	单位	风疹第5期的定期接种 <b>对象</b>	医师姓名	
	倍·EIA价·IU/mL 其他( )	风疹第5期的定期接种 <b>非对象</b>	检查日期 (公历)	年 月 日
检查序号(※参照背面附表1)				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	(请将相符的检查序号的□图黑(■))			

## 致风疹抗体检查结果判断为“定期接种对象”的人员

根据风疹抗体检查结果，您被判定为风疹第5期定期接种对象。  
**请持此就诊单**，前往实施预防接种的医疗机构就诊，接受风疹预防接种。