

# 麻しん風しん混合予防接種（妊娠希望者及び妊婦の配偶者または同居者）

## 予診票 交付申請書 兼 委任状

芦屋町長様

私は麻しん風しん混合予防接種（任意接種）予診票の交付を申請します。

太枠内に必要事項を記入してください。

			申請日	年 月 日
申請者	ふりがな 氏名	⑤※	被接種者 との続柄	
	住 所	(〒 - )	電話番号	
被接種者 <small>（被接種者が申請者と同一人の場合、委任欄・氏名・住所・電話番号の記入は不要です。）</small>	委任欄	<input type="checkbox"/> 申請の手続き並びに予診票の受領の権限を、申請者に委任します。		
	ふりがな 氏名	⑤※	生年月日 年齢	年 月 日 ( 歳)
	住 所	(〒 - )	電話番号	

※委任をする場合は、押印が必要です。

### 処理欄

#### 対象確認表

今回予防接種を受ける人は、（妊娠希望者・妊婦の同居家族・妊娠希望者の同居家族）です。

受ける人の抗体検査結果	妊婦および妊娠希望者の抗体検査結果	判定結果 (いずれかに○)
検査方法：( )法	検査方法：( )法	予防接種対象
抗体価	抗体価	不明
		予防接種非対象

受付日	年 月 日
申請者確認書類	保・運・診・他 ( )
被接種者確認書類	保・運・診・他 ( )
被接種者住基確認	<input type="checkbox"/> 住基登録確認済
被接種者接種履歴確認	<input type="checkbox"/> 未接種確認済
接種医療機関名	
処理者	

【参考】

対象となるのは、風しん抗体検査を受け、抗体検査が低いこと（下記の抗体価未満）が判明した、次の人です。

①妊娠希望者（妊婦は除く）

②妊娠希望者及び妊婦の配偶者（パートナー含む）または同居者

※但し、1歳児・年長児を除く。

※②については、妊娠希望者及び妊婦が、風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量の抗体があること（下記の抗体価以上）が判明している場合は対象となりません。

方法	検査キット	抗体価 (県・任意)
HI 法	風疹ウイルス HI 試薬「生研」・R-HI「生研」 (デンカ生研株式会社)	32 倍未満
EIA 法	ウイルス抗体 E I A「生研」ルベラ I g G (デンカ生研株式会社)	EIA 価 8.0 未満
	エンザイグノスト B 風疹/IgG (シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社)	30 IU/mL 未満
ELFA 法	バイダス アッセイキット RUB IgG (シスメックス・ビオメリュー株式会社)	45 IU/mL 未満
LTI 法	ランピア ラテックス RUBELLA (極東製薬工業株式会社)	30 IU/mL 未満
CLEIA 法	アクセス ルベラ IgG (ベックマン・コールター株式会社)	45 IU/mL 未満
	i-アッセイ CL 風疹 IgG (株式会社保健科学西日本)	14 未満
	Rubella-G アボット (アボットジャパン株式会社)	25IU/mL 未満
FIA 法	BioPlex MMRV IgG (バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社)	AI 3.0 未満
	BioPlex ToRC IgG (バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社)	30 IU/mL 未満