

整理番号				
本人記入欄(太枠内囲まれた中にご記入ください)				医療機関 チェック欄  ↓
ふりがな		性別	男・女	
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日( 歳)	本人の氏名、 住所、電話 番号等記入 もれはあり ませんか？  <input type="checkbox"/>
住所	〒(    -    )	※奈良市在住の方は対象外です		
電話番号	自宅 :    -    -	携帯 :	-    -	<p>本検査内容が奈良県に提出され、奈良県の風しん対策に活用されることに同意します。 検査に係る個人情報、奈良県の個人情報保護基準により保護されており、本人 に断りなく、上記の目的以外に使用されることには同意しません。 (※右に必ず自署してください。) 自 署: <input type="text"/></p>
<p>【確認事項】(該当する場合又は不明の場合は、<input type="checkbox"/>を記入してください: <u>すべての口を満たす必要があります</u>)</p> <input type="checkbox"/> 過去に風しん抗体検査を受けたことがない <input type="checkbox"/> 風しんの予防接種歴がない <input type="checkbox"/> 検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がない				
<p>【対象者区分】(口に<input checked="" type="checkbox"/>を記入してください: <u>該当する性別のすべての口を満たす必要があります</u>)</p> <p>●女性  <input type="checkbox"/> 初めての妊娠を希望し平成2年4月1日以前生まれ(注1)(平成2年4月2日生まれ以降は対象外)  <input type="checkbox"/> 妊娠中や経産婦でない(注2)</p> <p>●男性  <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者(婚姻の届出をせず、事実上婚姻関係と同様の者を含む)  <input type="checkbox"/> 平成2年4月1日以前生まれ(注1)                  (平成2年4月2日生まれ以降は対象外。ただし昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれは市町村事業のため対象外(注3))</p>				●女性 ●男性 該当する性別の <u>全て</u> に <input checked="" type="checkbox"/> 入っていますか？ <input type="checkbox"/>
検査項目	風しん抗体価(HI法)			医療機関記入欄
検査日	令和	年	月 日	
<b>本</b>				
医療機関所在地:				
医療機関名 :				
担当医: _____ (自署または記名)				

(注1)平成2年4月2日生まれ以降は制度上定期接種2回となっており、これ以降にお生まれの方は県事業の対象外です。  
 (注2)妊婦健康診査には風疹抗体検査が含まれています。  
 (注3)市町村事業として、風疹抗体検査および予防接種の対象となっています。  
 ※ この受診票は、令和6年2月29日まで有効です。  
 ※ この受診票を利用できる医療機関は、奈良県と契約した医療機関に限られます。  
 ※ 医療機関は、この受診票に検査結果を記入のうえ、奈良県送付分に請求書、実績報告書を添付して県疾病対策課に提出してください。

整理番号				
本人記入欄(太枠内囲まれた中にご記入ください)				
ふりがな		性別	男・女	
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日( 歳)	
住所	〒(    -    ) ※奈良市在住の方は対象外です			
電話番号	自宅 :    -    -	携帯 :    -    -		
本検査内容が奈良県に提出され、奈良県の風しん対策に活用されることに同意します。 検査に係る個人情報、奈良県の個人情報保護基準により保護されており、本人に断りなく、上記の目的以外に使用されることには同意しません。 (※右に必ず自署してください。) 自 署: _____			医療機関 チェック欄 ↓ 本人の氏名、住所、電話番号等記入もれはありませんか？ <input type="checkbox"/>	
【確認事項】(該当する場合又は不明の場合は、 <input type="checkbox"/> を記入してください: <u>すべての口を満たす必要があります</u> ) <input type="checkbox"/> 過去に風しん抗体検査を受けたことがない <input type="checkbox"/> 風しんの予防接種歴がない <input type="checkbox"/> 検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がない			全てに <input checked="" type="checkbox"/> 入っていますか？ <input type="checkbox"/>	
【対象者区分】(口に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください: <u>該当する性別のすべての口を満たす必要があります</u> ) ●女性 <input type="checkbox"/> 初めての妊娠を希望し平成2年4月1日以前生まれ(注1)(平成2年4月2日生まれ以降は対象外) <input type="checkbox"/> 妊娠中や経産婦でない(注2) ●男性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者(婚姻の届出をせず、事実上婚姻関係と同様の者を含む) <input type="checkbox"/> 平成2年4月1日以前生まれ(注1) (平成2年4月2日生まれ以降は対象外。ただし昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれは市町村事業のため対象外(注3))			●女性 ●男性 該当する性別の全てに <input checked="" type="checkbox"/> 入っていますか？ <input type="checkbox"/>	
検査項目	風しん抗体価(HI法)			
検査日	令和 年 月 日	本人への 結果通知日	令和 年 月 日	
<結果>      HI法      倍 (当てはまる口に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください) <input type="checkbox"/> 16倍以下: 風しん感染予防に十分な抗体を持っていない <input type="checkbox"/> 32倍以上: 風しん感染予防に十分な抗体を持っている 医療機関所在地: _____ 医療機関名 : _____ 担当医: _____ (自署または記名)				医療機関 記入欄

(注1) 平成2年4月2日生まれ以降は制度上定期接種2回となっており、これ以降にお生まれの方は県事業の対象外です。  
 (注2) 妊婦健康診査には風疹抗体検査が含まれています。  
 (注3) 市町村事業として、風疹抗体検査および予防接種の対象となっています。  
 ※ この受診票は、令和6年2月29日まで有効です。  
 ※ この受診票を利用できる医療機関は、奈良県と契約した医療機関に限られます。  
 ※ 医療機関は、この受診票に検査結果を記入のうえ、奈良県送付分に請求書、実績報告書を添付して県疾病対策課に提出してください。

整理番号				
本人記入欄(太枠内囲まれた中にご記入ください)				
ふりがな		性別	男・女	
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日( 歳)	
住所	〒(      ) ※奈良市在住の方は対象外です			
電話番号	自宅 :      -      -	携帯 :      -      -		
本検査内容が奈良県に提出され、奈良県の風しん対策に活用されることに同意します。 検査に係る個人情報、奈良県の個人情報保護基準により保護されており、本人に断りなく、上記の目的以外に使用されることには同意しません。 (※右に必ず自署してください。) 自 署: _____			医療機関 チェック欄 ↓ 本人の氏名、住所、電話番号等記入もれはありませんか？ <input type="checkbox"/>	
【確認事項】(該当する場合又は不明の場合は、 <input type="checkbox"/> (ください: <u>すべての口を満たす必要があります</u> ) <input type="checkbox"/> 過去に風しん抗体検査を受けたことがない <input type="checkbox"/> 風しんの予防接種歴がない <input type="checkbox"/> 検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がない			全てに <input checked="" type="checkbox"/> 入っていますか？ <input type="checkbox"/>	
【対象者区分】(口 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください: 該当する性別のすべての口を満たす必要があります) ●女性 <input type="checkbox"/> 初めての妊娠を希望し平成2年4月1日以前生まれ(注1)(平成2年4月2日生まれ以降は対象外) <input type="checkbox"/> 妊娠中や経産婦でない(注2) ●男性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者(婚姻の届出をせず、事実上婚姻関係と同様の者を含む) <input type="checkbox"/> 平成2年4月1日以前生まれ(注1) (平成2年4月2日生まれ以降は対象外。ただし昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれは市町村事業のため対象外(注3))			●女性 ●男性 該当する性別の全てに <input checked="" type="checkbox"/> 入っていますか？ <input type="checkbox"/>	
検査項目	風しん抗体価(HI法)			
検査日	令和 年 月 日	本人への 届通知日	令和 年 月 日	
<結果>      HI法      倍 (当てはまる口 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください) <input type="checkbox"/> 16倍以下: 風しん感染予防に十分な抗体を持っていない <input type="checkbox"/> 32倍以上: 風しん感染予防に十分な抗体を持っている 医療機関所在地: 医療機関名      : 担当医: _____ (自署または記名)				医療機関 記入欄

(注1) 平成2年4月2日生まれ以降は制度上定期接種2回となっており、これ以降にお生まれの方は県事業の対象外です。  
 (注2) 妊婦健康診査には風疹抗体検査が含まれています。  
 (注3) 市町村事業として、風疹抗体検査および予防接種の対象となっています。  
 ※ この受診票は、令和6年2月29日まで有効です。  
 ※ この受診票を利用できる医療機関は、奈良県と契約した医療機関に限られます。  
 ※ 医療機関は、この受診票に検査結果を記入のうえ、奈良県送付分に請求書、実績報告書を添付して県疾病対策課に提出してください。

整理番号				
本人記入欄(太枠内囲まれた中にご記入ください)				
ふりがな		性別	男・女	
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日( 歳)	
住所	〒(      ) ※奈良市在住の方は対象外です			
電話番号	自宅 :      -      -	携帯 :      -      -		
本検査内容が奈良県に提出され、奈良県の風しん対策に活用されることに同意します。 検査に係る個人情報、奈良県の個人情報保護基準により保護されており、本人に断りなく、上記の目的以外に使用されることには同意しません。 (※右に必ず自署してください。) 自 署: _____			医療機関 チェック欄 ↓ 本人の氏名、住所、電話番号等記入もれはありませんか? <input type="checkbox"/>	
【確認事項】(該当する場合又は不明の場合は、 <input type="checkbox"/> に○を記入してください: <u>すべての□を満たす必要があります</u> ) <input type="checkbox"/> 過去に風しん抗体検査を受けたことがない <input type="checkbox"/> 風しんの予防接種歴がない <input type="checkbox"/> 検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がない			全てに <input checked="" type="checkbox"/> 入っていますか? <input type="checkbox"/>	
【対象者区分】(□に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください: <u>該当する性別のすべての□を満たす必要があります</u> ) ●女性 <input type="checkbox"/> 初めての妊娠を希望し平成2年4月1日以前生まれ(注1)(平成2年4月2日生まれ以降は対象外) <input type="checkbox"/> 妊娠中や経産婦でない(注2) ●男性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者(婚姻の届出をせず、事実上婚姻関係と同様の者を含む) <input type="checkbox"/> 平成2年4月1日以前生まれ(注1) (平成2年4月2日生まれ以降は対象外。ただし昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれは市町村事業のため対象外(注3))			●女性 ●男性 該当する性別の全てに <input checked="" type="checkbox"/> 入っていますか? <input type="checkbox"/>	
検査項目	風しん抗体価(HI法)			
検査日	令和 年 月 日	本人への結果通知日	令和 年 月 日	
<結果> HI法 <u>        </u> 倍 (当てはまる□に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください) <input type="checkbox"/> 16倍以下: 風しん感染予防に十分な抗体を持っていない <input type="checkbox"/> 32倍以上: 風しん感染予防に十分な抗体を持っている 医療機関所在地: _____ 医療機関名 : _____ 担当医: _____ (自署または記名)				医療機関記入欄

(注1) 平成2年4月2日生まれ以降は制度上定期接種2回となっており、これ以降にお生まれの方は県事業の対象外です。  
 (注2) 妊婦健康診査には風疹抗体検査が含まれています。  
 (注3) 市町村事業として、風疹抗体検査および予防接種の対象となっています。  
 ※ この受診票は、令和6年2月29日まで有効です。  
 ※ この受診票を利用できる医療機関は、奈良県と契約した医療機関に限られます。  
 ※ 医療機関は、この受診票に検査結果を記入のうえ、奈良県送付分に請求書、実績報告書を添付して県疾病対策課に提出してください。