

風しんの抗体検査受診票記入例（国保連提出用）

※本票内をご記入ください。
 ※本票記載事項は、原則として「2021」年4月1日以前に実施された検査の結果に基づき記載してください。ただし、2021年4月1日以後に実施された検査の結果も記載する風しんの抗体検査票に作成します。

風しんの抗体検査票

検査番号: 12345678901234567

検査日: 2021年4月1日

検査場所: 労働クリニック

医師名: 労働 次郎

検査年月日: 20##年 〇月 〇日

医療機関等コード: 13

シールは左上隅の「I」が隠れるように貼付

(国保連提出用) を貼付

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 <input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/>	
これまでに風しんにかかったことがありますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
(「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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
(「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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
生後から今までに風しんワクチン又は風しん・風しん混合(類)ワクチン又は風しん・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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
(「はい」の場合) そのときの予防接種の記録はありますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
予防接種の種類(複数可) (風しんワクチン・類ワクチン・類ワクチン)		

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は、口にて✓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 (医療の提供の確保、検査が必要と判断された際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。)

20##年 〇月 〇日 検査者自署 **厚生 太郎**

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・類ワクチン・類ワクチン) 接種日(年 月 日)

2回目: 接種ワクチン(風しんワクチン・類ワクチン・類ワクチン) 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 **労働 次郎**

検査方法	判定結果	実施場所・医師名・検査年月日
検査方法: HI 法	判定結果 (いづれかに○) 風しんの第5期の定期接種 対象	実施場所 労働クリニック 医師名 労働 次郎 検査年月日 20##年 〇月 〇日
抗体価	風しんの第5期の定期接種 非対象	
8		

検査番号 (15桁の桁数) を参照

1 2 3 4 5 6 (該当する検査番号の□に数字(■)を記入してください)

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た。この受診票を提出し、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ることとなる。

医療機関等コードは都道府県番号 13 と点数表 1桁 を先頭に付与した 10桁で記載願います

風しんの第5期の定期接種予診票記入例（国保連提出用）

シールは左上隅の「が」
隠れるように貼付

（国保連提出用）
を貼付

風しんの第5期の定期接種予診票			
住所欄に記載されている4位町	東京 〒 千代田		
氏名	霞が関1-2-2 厚生 太郎 男・女		
生年月日	昭和 52年 4 月 1 日生（満 42 歳）	診察時の体温	36 度 5 分
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。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>		
今日の予防接種について市区町村から配られている説明書を読みましたか。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>		
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>		
現在、何か病気にかかっていますか。（病名：）	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>		
治療（投薬など）を受けていますか。（治療の内容：）	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>		
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>		
食後不全と診断されたことがありますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>		
今日、体に具合が悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。（）	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>		
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>		
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 症状（） 予防接種の種類（）	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>		
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>		
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（）	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>		
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名（）	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>		
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>		
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名（）	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>		
今日の予防接種について質問がありますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>		
医師記入欄	被接種者が、風しんの第5期の定期接種の対象者であることを、抗体検査の結果等により確認（ <input checked="" type="radio"/> した・ <input type="radio"/> していない） 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（ <input checked="" type="radio"/> 可 [○] ・ <input type="radio"/> 見合わせる） 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 <div style="text-align: right;">労働 次郎</div> 医師署名又は記名押印		
風しんの第5期の定期接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。） 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 このことを理解の上、本予診票が市区町村、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ることに同意します。 20##年○月□日 被接種者自署 厚生 太郎			
医師記入欄	ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
	ワクチン名 ○○○ワクチン	0.5ml	実施場所 労働クリニック
	Lot No. △△△△		医師名 労働 次郎
	(注)有効期間が切れていないか確認		接種年月日 20##年○月□日
			医療機関等コード
			13

医療機関等コードは
都道府県番号 13 と
点数表 1桁 を先頭に付与
した 10桁で記載願います