

第3条第2項関係
(ワクチン供給不足)
接種用

麻しん風しん予防接種 予防票
(第1期・第2期・第5期)

和歌山市
(広域用)

実施期間：令和7年4月1日～令和9年3月31日まで

※医療機関確認用 確認した場合☑

- 第1期：令和4年4月2日～令和5年4月1日生まれの者
- 第2期：平成30年4月2日～平成31年4月1日生まれの者
- 第5期：昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性で令和6年度末までに抗体検査を実施し、低抗体の者
 - 抗体価を確認した。(抗体価が不明な場合、保健所に確認を行うこと) ※低抗体の基準は裏面を確認。
 - 接種歴を確認した。(保健所に確認する等行うこと。すでに接種歴がある場合、委託料はお支払いできません。)

記入日	令和 年 月 日	診察前の体温		度 分
住所	和歌山市	男	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (満 歳 か月)
受ける人の氏名	ふりがな			

注意
1 2
予
防
接
種
の
わ
く
ち
ン
を
受
け
る
と
き
は、
母
子
健
康
手
帳
ま
た
は
抵
抗
体
で
あ
る
こ
と
を
証
明
す
る
書
類
を
お
持
ち
く
だ
さ
い。

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種日に、和歌山市に住民登録がありますか。 ※「いいえ」の方はこの予防票を使用できません。	いいえ	はい	
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
※第1期・第2期の方 あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか。 出生後に異常がありましたか。 乳幼児健診(受けた・受けない)で異常があるといわれたことがありますか。(体重・発達・その他)	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。()	はい	いいえ	
1か月以内に身近な方に、麻しん(はしか)・風しん・水ぼうそう・おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。病名()	はい	いいえ	
1か月以内に病気にかかりましたか。病名() 今、薬を使用していますか。	はい はい	いいえ いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	はい	いいえ	
今までに先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経・免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。病名() 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いわれましたか。	はい いいえ	いいえ はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃 そのときに熱がでましたか。	はい いいえ	いいえ はい	
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	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種の種類()	ある	ない	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄・以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる) と判断します。 ・被接種者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などについて説明をしました。 医師署名： _____	見合わせ理由
---	--------

・医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに同意しますか。 (同意する ・ 同意しない)
・この予防票は、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、本予防票が市町村に提出されることに同意します。 保護者または被接種者自筆： _____

使用ワクチン製造元	Lot No.	接種場所・医師名	接種年月日
1. 阪大微 2. 武田 3. 第一三共	注射量(皮下接種)	実施場所： 医師名： _____	医療機関番号
□有効期限がきれていないか確認	0.5ml		

きりとり線

麻しん風しん予防接種 (第1期・第2期・第5期)

(医療機関の控)

被接種者	住所	和歌山市	接種年月日	令和 年 月 日
	氏名	男 女	年齢	満 歳 か月

風しんの第5期の定期接種の対象となる抗体価基準

検査方法	抗体価 (単位等)	測定キット名 (製造販売元)
HI法 (赤血球凝集抑制法)	8倍以下 (希釈倍率)	風疹ウイルスHI試薬「生研」 (デンカ生研株式会社)
	8倍以下 (希釈倍率)	R-HI「生研」 (デンカ生研株式会社)
EIA法 (酵素免疫法)	6.0未満 (EIA価)	ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG (デンカ生研株式会社)
	1.5未満 (国際単位 (IU) /ml)	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)
ELFA法 (蛍光酵素免疫法)	2.5未満 (国際単位 (IU) /ml)	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)
LTI法 (ラテックス免疫比濁法)	1.5未満 (国際単位 (IU) /ml)	ランピアラテックス RUBELLA ランピアラテックス RUBELLA II (榎東製薬工業株式会社)
CLEIA法 (化学発光酵素免疫法)	2.0未満 (国際単位 (IU) /ml)	アクセスルベラIgG (ベックマン・コールター株式会社)
	1.1未満 (抗体価)	i-アッセイCL 風疹IgG (株式会社保健科学西日本)
FIA法 (蛍光免疫測定法)	1.5未満 (抗体価AI*)	BioPlex MMRV IgG (バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社)
	1.5未満 (国際単位 (IU) /ml)	BioPlex ToRC IgG (バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社)
CLIA法 (化学発光免疫測定法)	1.5未満 (国際単位 (IU) /ml)	Rubella-Gアポット (アポットジャパン株式会社)
ICA法 (イムノクロマト法)	IgG 陰性	バイオライン ルベラ IgG/IgM (アポット ダイアグノスティクスメディカル 株式会社)

* 製造企業が独自に調整した抗体価単位 (今後キットの追加の可能性あり)