

様式1

## 令和8年度(2026年度)北海道風しん抗体検査事業チェックシート

このチェックシートは、抗体検査を行うにあたって事業対象者に該当するかどうか事前に判断しますので、記載願います。

### 注意事項 \*必ずご一読ください\*

- \* 本事業は、札幌市、小樽市、函館市、旭川市以外の北海道在住の方が対象となります。
- \* 配偶者や同居者とは、「免疫疾患等で風しん抗体ができない女性」の配偶者や同居者を想定しているため、女性との同時受検時は対象外となります。

検査を受ける人の氏名	性別	生年月日
	男・女	年 月 日 ( 歳)
受検時住所(市町村名のみ記載)		
当てはまるものにチェック(☑)してください。		
1 どちらの事業対象者に該当しますか。		
<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する出産経験のない女性		
<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する出産経験がなく、かつ、風しん抗体ができない女性の配偶者 (事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。以下、同じ。)		
<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する出産経験がなく、かつ、風しん抗体ができない女性の同居者		
<input type="checkbox"/> 妊婦(風しんの抗体価が低い)の配偶者		
<input type="checkbox"/> 妊婦(風しんの抗体価が低い)の同居者		
2 過去に抗体検査を受けたことがありますか。		
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あり		
3 過去に風しんの予防接種を受けたことがありますか。		
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あり		
4 過去に検査で確定診断を受けた風しんの罹患歴がありますか。		
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あり		

\* このチェックシートで知り得た個人情報は、本事業以外には使用しないことを申し添えます。

このチェックシートで、ご不明な点がありましたら、下記にご照会願います。

北海道保健福祉部健康安全局感染症対策課感染症係  
電話 011-204-5253 (内線38-820)

**令和8年度(2026年度)風しん抗体検査事業による補助は、  
令和9年(2027年)3月10日までの検査実施(採血)分です。**