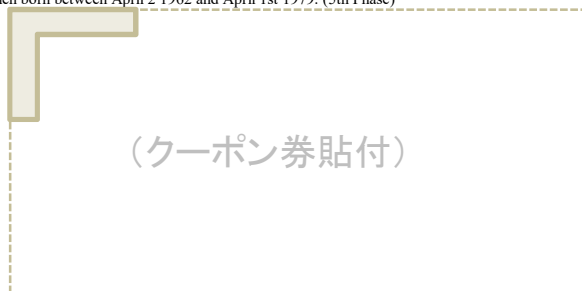


\*Please fill in area within the bold lines.

\*This examination form is a document made by the local government for the investigation of rubella anti-bodies in men born between April 2 1962 and April 1st 1979. (5th Phase)

<b>The address</b> printed on your Certificate of Residence. 住所			
<b>Your Name</b>			<b>Gender</b> 性別 ( ) M ( ) F
<b>Birth Date</b>	Year	Month	Day ( ) years old



Questions	Respostas		Dr. Use
Is the city/ town name on your registered place of residence and the city/ town name written on your coupon the same? <small>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。</small>	No	Yes	
Have you ever contacted rubella before? <small>これまでに風しんにかかったことがありますか。</small>	Yes	No	
If yes, are there any recorded results and documents of that rubella test? <small>(「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。</small>	Yes	No	
Have you received a rubella test after April 1st 2014? <small>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。</small>	Yes	No	
If yes, are there any recorded results of that rubella test? <small>(「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。</small>	Yes	No	
Have you ever taken any of the rubella vaccine, measles and rubella vaccine (MR) or measles, mumps and rubella vaccine more than once before? <small>生後から今までに風しんワクチン又は麻しん・風しん混合(MR)ワクチン又は麻しん・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。</small>	Yes	No	
If yes, are there any recorded documents of that vaccination? <small>(「はい」の場合) そのときの予防接種の記録はありますか。 Please circle the vaccination type (Rubella vaccine / MR vaccine / MMR vaccine) 予防接種の種類(該当に○)( 風しんワクチン ・ MRワクチン ・ MMRワクチン )</small>	Yes	No	

**Consent Form for the Rubella Test** 風しんの抗体検査の実施に関する同意書  
If the sentence below is applicable, please  the . If you wish to have the Rubella Test then please leave the  empty.  
 I do not wish to have the rubella test

**Consent Form for the Handling of Personal Information during the Rubella Test** 風しんの抗体検査の個人情報取り扱いに関する同意書  
(Please fill in this area after receiving the results from the doctor's examination and a test is required.) (医師の診察の結果、検査が必要と判断された後に記入してください。)  
This test sheet (including its results) are submitted to the Municipal Government, the All- Japan Federation of National Health Insurance Organization as well as the National Health Insurance Associations Union and will be managed by the Municipal Government based on the regulations of personal information protection  
Please sign below if you understand and consent.  
20 Year Month Day Patient Signature  
\*If the person in question can't sign, then a representative can sign on their behalf. The representative's name and relation to the patient is required.

医師の記入欄  Doctor's Use Only	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・MRワクチン・MMR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・MRワクチン・MMR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。 The results of the medical interview above has concluded that you (require / don't require) a rubella test. 医師署名または記名押印 Doctor's signature or personal seal

Rubella Test Result 風しんの抗体検査の結果		Final Result 判定結果 (いずれかに○)	実施場所・医師名・検査年月日 Session location/ Doctor's name/ Test Date	
Examination Method 検査方法	法	対象 Eligible for the routine rubella (5th Phase) vaccination 非対象 Non-eligible for the routine rubella (5th Phase) vaccination.	Session location 実施場所	医療機関等コード
Anti-body Count 抗体価	Units 単位		Doctor's name 医師名	
	倍・EIA価・IU/mL・その他( )		Test Date 検査年月日 20 Year Month Day (西暦)	
検査番号				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	(該当する検査番号の口を黒く(■)塗りつぶしてください)			

**For patients who are eligible for the routine vaccination.** 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  
Based on the results of your rubella test, you are eligible for the routine rubella (5th phase) vaccination.  
Please bring this test sheet with you to a medical institution where you can receive your vaccination.