

年 月 日

様
(対象者氏名)

医療機関名

医師名

印

秋田市風しん抗体検査結果通知書

このことについて、次のとおり検査結果をお知らせします。

検査年月日： 年 月 日

検査方法： HI法 EIA法

検査結果：

検査結果（抗体価）		抗体価と予防接種について
<input type="checkbox"/>	HI法 8倍未満	あなたは、風しんに対する免疫を保有していないため、 ワクチンの接種を推奨します。
	EIA法 陰性又は判定保留	
<input type="checkbox"/>	HI法 8倍・16倍	あなたは、風しんに対する免疫はありますが、確実な感染予防には不十分です。 確実な予防のため、 ワクチンの接種を推奨します。
	EIA法 EIA価8.0未満	
<input type="checkbox"/>	HI法 32倍以上	あなたは、風しんの感染予防に十分な免疫を保有していると考えられます。風しん含有ワクチンの接種は、基本的に必要ありません。
	EIA法 EIA価8.0以上	

※本通知書は、紛失しないよう大切に保管してください。