

様式 3

令和 年 月 日

(宛先) 秋田県知事

医療機関所在地

医療機関名

開設者名

代表者職・氏名

(電話番号)

秋田県風しん抗体検査実施報告書

風しん抗体検査に係る令和 年 月実施分について、次のとおり報告します。

検査名	検査件数	検査結果	備考
赤血球凝集抑制法 (H I 法)	件	別添問診票のとおり	
酵素免疫法 (E I A法)	件	別添問診票のとおり	

※ 様式 1 「問診票」の写しを添付すること

※ 「検査件数」は、検査結果を対象者に通知した件数を計上すること

(内訳)

結果判定区分	件数	予防接種の実施 (人)	
		実施	未実施
H I 法	8 倍未満		
	8 倍・16 倍		
	32 倍以上		
	小計		
E I A法	陰性又は判定保留		
	E I A価 8.0 未満相当		
	E I A価 8.0 以上相当		
	小計		
合計			