様式２

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　様

（受検者氏名）

医療機関名

医　師　名　　　　　　　　　　　　　印

**秋田県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： | 令和　　　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 |
| □ | Ｈ Ｉ 法  ・８倍未満（希釈倍率） | 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 |
| □ | Ｈ Ｉ 法  ・８倍・16倍（希釈倍率） | 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  ・8.0未満（ＥＩＡ価）  ・30IU/ml未満（国際単位） |
| □ | Ｈ Ｉ 法  ・32倍以上（希釈倍率） | 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  ・8.0以上（ＥＩＡ価）  ・30IU/ml以上（国際単位） |

※本通知書は、紛失しないよう大切に保管してください。