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
☐ HI法 ・ 8倍未満 (希釈倍率) EIA法 ・ 陰性又は判定保留	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。
☐ HI法 ・ 8倍・16倍 (希釈倍率) EIA法 ・ 8.0未満 (EIA価) ・ 30IU/ml未満 (国際単位)	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。
☐ HI法 ・ 32倍以上 (希釈倍率) EIA法 ・ 8.0以上 (EIA価) ・ 30IU/ml以上 (国際単位)	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 本的に必要なありません。

※本通知書は、紛失しないよう大切に保管してください。