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　　　　　　　　　　　　　　　　印

（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  （ＥＩＡ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 |  |  |  |
| ＥＩＡ法 | 陰性又は判定保留 |  |  |  |
| ＥＩＡ価8.0未満相当 |  |  |  |
| ＥＩＡ価8.0以上相当 |  |  |  |
| 小計 |  |  |  |
| 合計 | |  |  |  |