

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)

印

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				