様式３－１　　（直接請求医療機関用）

年　　月　　日

（宛先）秋田市長

医療機関所在地
医 療 機 関 名
開　設　者　名
代表者職・氏名

秋田市風しん抗体検査実施報告書

風しん抗体検査に係る　　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
風しん抗体検査（ＨＩ法）	件	別添問診票のとおり	
風しん抗体検査（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
ＨＩ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			
	ＥＩＡ価8.0以上			
	小計			
合計				

【発行責任者および担当者】

発行責任者：	連絡先：
担　当　者：	連絡先：