

様式 2

年 月 日

(対象者氏名)様

医療機関名

医 師 名

印

秋田市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： 年 月 日

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	E I A 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、 <u>ワクチンの接種を推奨します。</u>
E I A 法 陰性又は判定保留		
H I 法 8 倍・16 倍	E I A 法 E I A 価8.0未満	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、 <u>ワクチンの接種を推奨します。</u>
E I A 法 E I A 価8.0未満		
H I 法 32 倍以上	E I A 法 E I A 価8.0以上	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。
E I A 法 E I A 価8.0以上		

本通知書は、紛失しないよう大切に保管してください。