

(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
 (電話番号)

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 (H I 法)	件	別添問診票のとおり	
風しん抗体検査 (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			
	E I A 価 8.0 以上			
	小計			
合計				