

様式 2

記入例：医療機関用

岩手 太郎 様
(対象者氏名)

風しん抗体検査結果判明後、
本様式に必要な事項を記入し、
受検者にお知らせしてください。

医療機関名 ○○病院

医療機関代表者名 ○○長 ○○ ○○

印

岩手県風しん抗体検査結果

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。

1 検査方法・結果通知

検査方法	HI法 ・ EIA法
結果数値	8未満 (倍)・EIA価・IU/ml

※該当する検査に○をつける

※結果数値を記入し、単位に○をつける

2 抗体価と予防接種について

該当に <input checked="" type="checkbox"/>	抗体価と予防接種について
<input checked="" type="checkbox"/>	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>
<input type="checkbox"/>	あなたは、風しんに対する免疫はありますが、 <u>確実な感染予防には不十分です。</u> <u>確実な予防のためワクチンの接種を推奨します。</u>
<input type="checkbox"/>	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。

[判定表]

検査方法	測定キット名 (製造販売元)	風しん抗体価 (単位等)		
		免疫を保有していない	免疫はあるが確実な感染予防には不十分	風しんの感染予防に十分な免疫がある
赤血球凝集抑制法 (HI法)	—	8倍未満 (希釈倍率)	8倍・16倍 (希釈倍率)	32倍以上 (希釈倍率)
酵素免疫法 (EIA法)	ウイルス抗体 EIA「生研」ルベラ 1gG (デンカ生研株式会社)	陰性又は判定保留	8.0未満 (EIA価)	8.0以上 (EIA価)
	エンザイグノストB 風疹/1gG 〔シーメンスヘルスケア・ダイ アグノスティクス株式会社〕	陰性又は判定保留	30 IU/ml 未満 (国際単位)	30 IU/ml 以上 (国際単位)