

記入例：医療機関用

様式3

▲▲ ○年 ○月 ○日

岩手県知事 様

所在地 岩手県○○市○○町○番○号
法人名 医療法人 ○○ ○○
医療機関名 ○○病院
代表者職・氏名 ○○長 ○○ ○○

印

岩手県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	検査方法	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	
	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

※ 「実施月」は、「検査結果を対象者に通知した月」であることに留意すること

【例】：採血した月が「4月」で、結果通知をした月が「5月」の場合、
実施月は「5月」となります。

【注意】※年度末である「3月」実施分については、取扱いが異なります。
「3月」に検査を受付けた（採血した）ものの取扱いについては、
おって通知します。