様式２

　　　　　　　　　　　　様

（対象者氏名）

医療機関名

医療機関代表者名　　　　　　　　　　　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  | ※該当する検査に○をつける |
| 結果数値 | （倍・EIA価・IU/ml） | ※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☑ | 抗体価と予防接種について |
| □ | あなたは、風しんに対する免疫を保有していないため、ワクチンの接種を推奨します。 |
| □ | 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。確実な予防のためワクチンの接種を推奨します。 |
| □ | 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lgG（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／lgG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） |