

【送信先】

茨城県保健福祉部子ども政策局
少子化対策課 母子保健担当
FAX:029-301-3264

様式3

妊婦健康診査におけるHTLV-1抗体検査等実施報告書

貴院での検査数及び検査結果等について、内に人数を記載してください。

○調査対象:平成 年 4月～平成 年 3月末日に, HTLV-1抗体検査を実施した妊婦

○報告時期:年1回報告。

報告期限:平成 年 4月～平成 年 3月末日分 →平成 年 6月末日まで

産婦人科医療機関名	
問い合わせ先	ご担当者名: 電話番号:

HTLV-1抗体検査

①実施者数: 名

②検査方法(PA法・EIA法・CLEIA法)

※いずれかに○をつけてください。

③陰性者数: 名

④陽性者数: 名

確認検査(WB法)

①実施者数: 名

②未実施者数: 名

陰性

名

判定保留

名

陽性

名

PCR法 : 実施 名, 未実施 名

陰性

名

陽性: 名

①指導・カウンセリング実施

名

②同意後, 市町村連絡

名

①指導・カウンセリング実施

名

②同意後, 市町村連絡

名

ご協力ありがとうございました。